

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР СЕВЕРО-
КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА – «СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РД**



**СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
СОВЕТ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ИМ. Р.П. АСКЕРХАНОВА**

М А Т Е Р И А Л Ы
71-й
Всероссийской научной
конференции молодых ученых и студентов
с международным участием



Махачкала, 02 июня 2023

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР
СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА – «СЕВЕРОКАВКАЗСКИЙ»**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

**СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
СОВЕТ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА
ИМ. Р.П. АСКЕРХАНОВА**

М А Т Е Р И А Л Ы
71-й
Всероссийской научной
конференции молодых ученых и студентов
с международным участием

Махачкала, 02 июня 2023

УДК 61:378.1(063)
ББК 5:72
М-341

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

В.Ю. Ханалиев, и.о. ректора ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор;

Р.М. Рагимов, и.о. проректора по учебной работе, доктор медицинских наук, профессор;

Н.Р. Моллаева, и.о. проректора по научной работе, доктор медицинских наук, профессор;

Д.А. Омарова, и.о. проректора по стратегическому развитию и цифровой трансформации, кандидат медицинских наук, доцент;

М.А. Хамидов, проректор по лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор;

А.Г. Гусейнов, и.о. проректора по цифровой трансформации, доктор медицинских наук, доцент;

А.Г. Качабеков, и.о. проректора по общественным связям и социально-воспитательной работе, кандидат философских наук, доцент;

М.Н. Меджидов, научный руководитель совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества им. Р.П. Аскерханова, доктор медицинских наук, доцент;

М.Н. Юнусова, председатель совета молодых ученых и специалистов;

С.А. Хамаев, председатель студенческого научного общества им. Р.П. Аскерханова.

Издается под общей редакцией научного руководителя Совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества имени Р.П. Аскерханова, доктора медицинских наук, доцента **М.Н. Меджидова**

Рецензент:

Д.А. Шихнебиев, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

М-341 Материалы 71-й Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием. – Махачкала: Издательство АЛЕФ, 2023. – 679 с.
ISBN 978-5-00212-332-2 (Печать по требованию)

В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанского государственного медицинского университета, других медицинских и иных вузов и научных центров Российской Федерации в городах: Москва (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, РУДН им. Патриса Лумумбы, МГУ им. Ломоносова, НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, ФГБНУ МГНЦ им. Н.П. Бочкова), Санкт-Петербург (СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПбГПМУ, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова), Барнаул, Волгоград, Екатеринбург, Воронеж, Иваново, Ижевск, Иркутск, Казань, Калининград, Киров, Краснодар, Красноярск (КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Сибирский государственный университет науки и технологий имени академика М.Ф. Решетнева), Курск, Луганск (ЛГМУ им. СВТ. Луки, ЛГУ им. В. Даля), Магас, Нижний Новгород, Оренбург, Пермь, Рязань, Саранск, Саратов, Симферополь, Тверь, Томск, Ульяновск, Уфа, Чита.

Впервые в сборнике опубликованы научные работы школьников.

В материалах конференции также опубликованы научные работы молодых ученых и студентов медицинских вузов Белоруссии (г. Минск, г. Витебск, г. Гомель, г. Гродно), Узбекистана (г. Андижан).

Материалы конференции охватывают широкий спектр научных направлений. Опубликованные работы представляют огромную ценность для широкого круга активной студенческой молодежи, молодых ученых (клинических ординаторов, аспирантов, ассистентов, младших научных сотрудников), занимающихся научно-исследовательской деятельностью, а также для иных молодых специалистов и школьников.

ISBN 978-5-00212-332-2 (Печать по требованию)

© Даггосмедуниверситет, 2023

MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION

**FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION
OF HIGHER EDUCATION «THE DAGESTAN STATE MEDICAL UNIVERSITY»
MINISTRIES OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION**

**SCIENTIFICALLY EDUCATIONAL MEDICAL CLUSTER
THE NORTH-CAUCASIAN FEDERAL DISTRICT – «NORTH-CAUCASIAN»**

MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF DAGESTAN

**THE COUNCIL OF YOUNG SCIENTISTS AND EXPERTS
THE COUNCIL OF STUDENT SCIENTIFIC SOCIETY
NAMED AFTER R. P. ASKERKHANOV**

MATERIALS

OF THE 71TH

**ALL-RUSSIAN SCIENTIFIC CONFERENCE
OF YOUNG SCIENTISTS AND STUDENTS
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**

Makhachkala, 02 June 2023

УДК 61:378.1(063)
ББК 5:72
М-341

EDITORIAL TEAM:

V.Yu. Khanaliev, acting Rector of the FGBOU VO DSMU of the Ministry of Health of Russia, Doctor of Medical Sciences, Professor;

R.M. Ragimov, acting Vice-Rector for Academic Affairs, Doctor of Medical Sciences, Professor;

N.R. Mollaeva, acting vice-rector for scientific work, doctor of medical sciences, professor;

D.A. Omarova, acting Vice-Rector for Strategic Development and Digital Transformation, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor;

M.A. Khamidov, vice-rector for medical work, doctor of medical sciences, professor;

A.G. Huseynov, acting Vice-Rector for Digital Transformation, doctor of medical sciences, associate professor;

A.G. Kachabekov, acting Vice-Rector for Public Relations and Social Educational Work, Candidate of Philosophical Sciences, Associate Professor;

M. N. Medzhidov, scientific director of the Council of Young Scientists and Specialists and the Student Scientific Society named after R.P. Askerkhanov, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor;

M.N. Yunusova, chairman of the Council of Young Scientists and Specialists;

S.A. Khamaev, chairman of the Student Scientific Society named after R.P. Askerkhanov.

It is published under the General editorship of the scientific director of the Council of Young Scientists and Specialists and the Student Scientific Society named after R.P. Askerkhanov, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor **M. N. Medzhidov**.

Reviewer:

D.A. Shikhnebiev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, DSMU, Ministry of Health of Russia

M-341 Materials of the 71st All-Russian Scientific Conference of Young Scientists and Students with International Participation. – Makhachkala: ALEF Publishing House, 2023. – 679 p.

ISBN 978-5-00212-332-2 Print-on-Demand (POD)

The collection includes materials from a scientific conference of young scientists and students of the Dagestan State Medical University, other medical and other universities and scientific centers of the Russian Federation in the cities: Moscow (First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, RUDN named after Patrice Lumumba, Lomonosov Moscow State University, A.V. Vishnevsky National Medical Research Center for Surgery, N.P. Bochkov Federal State Budgetary Scientific Institution MGSC), St. Petersburg (Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg State Pediatric Medical University, Military Medical Academy named after S.M. Kirov), Barnaul, Volgograd, Yekaterinburg, Voronezh, Ivanovo, Izhevsk, Irkutsk, Kazan, Kaliningrad, Kirov, Krasnodar, Krasnoyarsk (Krasnodar State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Siberian State University of Science and Technology named after Academician M.F. Reshetnev), Kursk, Lugansk (LSU named after SVT. Luka, Leningrad State University named after V. Dahl), Magas, Nizhny Novgorod, Orenburg, Perm, Ryazan, Saransk, Saratov, Simferopol, Tver, Tomsk, Ulyanovsk, Ufa, Chita.

For the first time, scientific works of schoolchildren have been published in the collection.

The conference materials also published scientific works of young scientists and students of medical universities in Belarus (Minsk, Vitebsk, Gomel, Grodno), Uzbekistan (Andijan).

The conference materials cover a wide range of scientific areas. The published works are of great value for a wide range of active students, young scientists (clinical residents, graduate students, assistants, junior researchers) engaged in research activities, as well as for other young professionals and schoolchildren.

ISBN 978-5-00212-017-8 Print-on-Demand (POD)

© Dagestanstatemedicaluniversity, 2023

ТЕРАПИЯ

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Д.З. Панахова – ассистент кафедры факультетской терапии

Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Актуальность. В большинстве стран мира сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной преждевременной смертности населения. За 2020 год в Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) погибли 938536 человек. У 54,2% умерших смерть наступила вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) [1].

К числу наиболее распространенных клинических форм ИБС относится стабильная стенокардия напряжения, которая долгое время может протекать без осложнений. Однако по данным некоторых исследований известно, что смертность от хронической ИБС (ХИБС) сопоставима со смертностью от острого инфаркта миокарда (ОИМ), что говорит об агрессивном характере этого заболевания [2]. Однако внутри популяции со стабильной стенокардией индивидуальный прогноз может варьировать значительно, по крайней мере, в 10 раз, в зависимости от исходных клинических, функциональных и анатомических факторов [3].

Единого подхода к индивидуальному прогнозированию выживаемости пациентов со стабильной ИБС не существует, хотя попытки разработки прогностических индексов у пациентов с ИБС неоднократно предпринимались как российскими, так и зарубежными учеными.

В связи с вышеизложенным, представляет большой интерес прогнозирование выживаемости пациентов со стабильной ИБС в Республики Дагестан.

Цель исследования. Изучение прогнозирования вероятности выживаемости пациентов со стабильной ИБС в Республики Дагестан.

Материалы и методы исследования. Было проведено ретроспективное, наблюдательное, когортное исследование 85 пациентов, госпитализированных в плановом порядке с 1.01.2015г. по 31.12.2017 г. с диагнозом «ИБС. Стабильная стенокардия напряжения» в ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» (ДЦК и ССХ). На первом этапе исследования были собраны данные из историй болезни в архиве ДЦК и ССХ. Одновременно были установлены статус жизни пациентов (жив/умер), зарегистрированы исходы заболевания, развившиеся за период наблюдения с момента выписки из стационара до момента установления телефонного контакта. Для уточнения клинического течения и исходов заболевания все пациенты, с которыми был установлен телефонный контакт и которые были

живы, были приглашены в ДЦК и ССХ, где они проходили первичную госпитализацию, для повторного обследования. На основании полученных данных нами была разработана прогностическая модель для определения вероятности выживаемости пациентов в зависимости от клинико-anamnestических данных при первичной госпитализации.

Статистический анализ данных проводился в программе «IBM SPSS Statistics», версия 26. В основе оценки достоверности различий лежала нулевая гипотеза. Критерием достоверности различий считалось значение $p < 0,05$. Для создания бинарной логистической регрессии был использован метод бинарной логистической регрессии.

Результаты исследования. Разработанная нами прогностическая модель вероятности летального исхода пациентов со стабильной ИБС в зависимости от клинико-anamnestических данных при первичной госпитализации описывается уравнением (1):

$$P = 1 / (1 + e^{-z}) \times 100\%$$

$$z = -16 + 0,759 \times X_{\text{лейк}} + 1,131 \times X_{\text{хол}} + 5,56 \times X_{\text{энц}} \quad (1)$$

где P – вероятность летального исхода пациентов (%), $X_{\text{лейк}}$ – уровень лейкоцитов в общем анализе крови ($\times 10^9/\text{л}$), $X_{\text{хол}}$ – уровень общего холестерина в биохимическом анализе крови (ммоль/л), $X_{\text{энц}}$ – диагноз «Энцефалопатия» при первичной госпитализации (0 – отсутствие энцефалопатии, 1 – наличие энцефалопатии).

Полученная регрессионная модель является статистически значимой ($p < 0,001$). Исходя из значения коэффициента детерминации Найджелкерка, модель (1) учитывает 56,9% факторов, определяющих вероятность летального исхода пациентов.

Исходя из значений регрессионных коэффициентов, факторы уровень лейкоцитов в общем анализе крови, уровень общего холестерина в биохимическом анализе крови и диагноз «Энцефалопатия» при первичной госпитализации имеют прямую связь с вероятностью летального исхода пациентов. Увеличение уровня лейкоцитов в общем анализе крови на $1 \times 10^9/\text{л}$ увеличивает шансы летального исхода пациентов в 2,136 раза (95% ДИ: 1,129-4,044), увеличение уровня общего холестерина в биохимическом анализе крови на 1 ммоль/л увеличивает шансы летального исхода в 3,099 раза (95% ДИ: 1,056-9,095), наличие диагноза «Энцефалопатия» при первичной госпитализации увеличивает шансы летального исхода в 259,858 раза (95% ДИ: 5,125-13175,251) (таблица № 1).

Таблица № 1. Характеристика связи предикторов модели (1) с вероятностью летального исхода пациентов.

Факторы	Изменения шанса при наличии фактора		p
	ОШ	95% ДИ	
Уровень лейкоцитов в общем анализе крови, $\times 10^9/\text{л}$	2,136	1,129-4,044	0,02*

Уровень общего холестерина в биохимическом анализе крови, ммоль/л	3,099	1,056-9,095	0,039*
Диагноз «Энцефалопатия» при первичной госпитализации	259,858	5,125-13175,251	0,006*

* – влияние фактора статистически значимо ($p < 0,05$)

На рисунке № 1 представлены значения отношения шансов с 95% ДИ для изучаемых факторов, вошедших в модель (1).

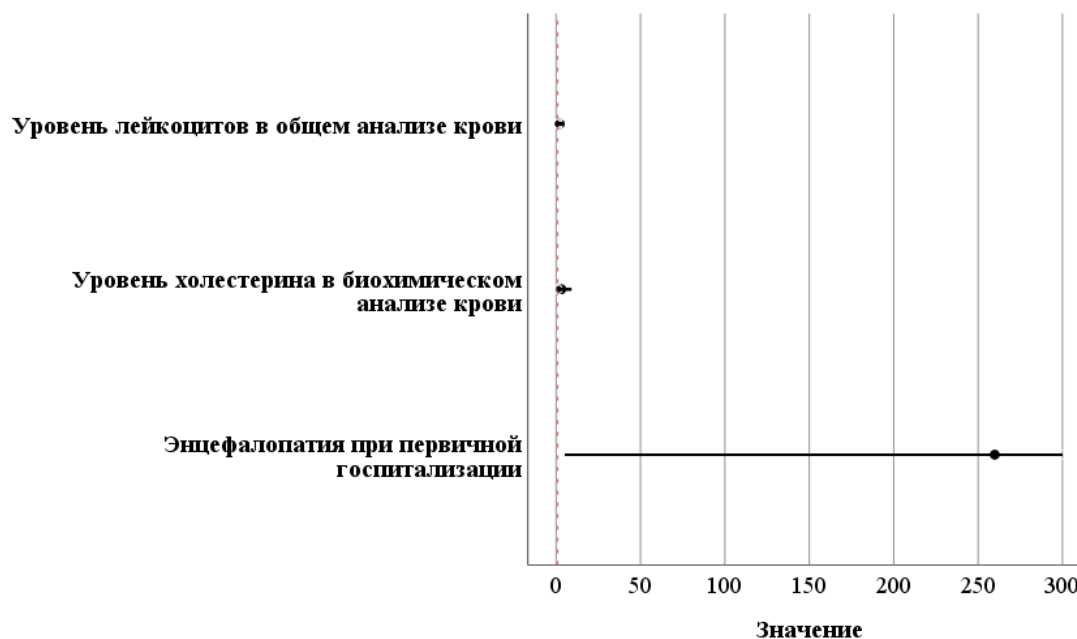


Рисунок № 1. Оценка отношения шансов с 95% ДИ для изучаемых факторов, влияющих на выживаемость пациентов со стабильной ИБС.

Пороговое значение логистической функции Р было определено с помощью метода анализа ROC-кривых. Полученная кривая представлена на рисунке № 2.

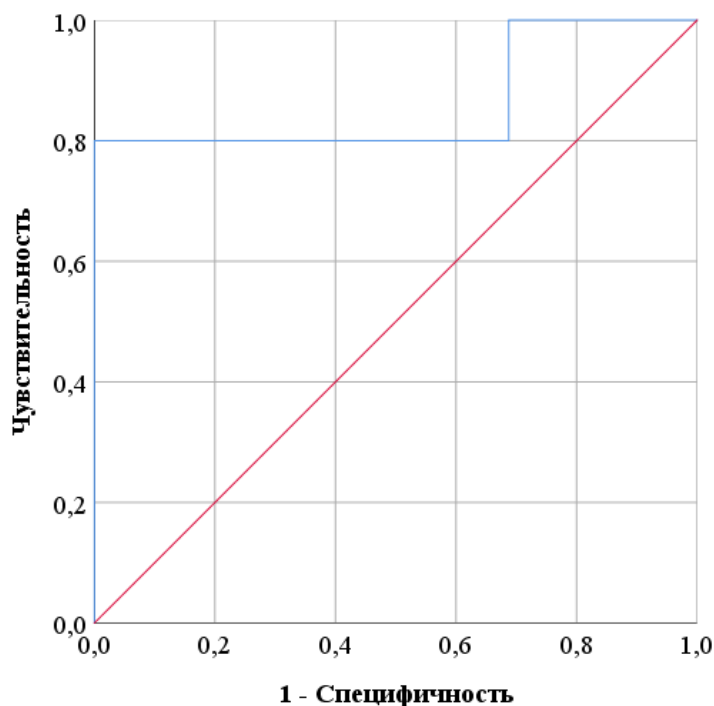


Рисунок № 2. ROC-кривая, характеризующая зависимость вероятности выживаемости пациентов со стабильной ИБС от значений прогностической функции (1).

Площадь под ROC-кривой, соответствующей взаимосвязи прогноза выживаемости пациентов со стабильной ИБС и значения логистической регрессионной функции, составила $0,86 \pm 0,12$ с 95% ДИ: 0,62-1,0. Полученная модель была статистически

значима ($p=0,007$).

Пороговое значение функции $P(1)$ в точке cut-off составило 43,8%. При значениях $P>43,8\%$ определялся высокий риск летального исхода пациентов, а при значениях $P<43,8\%$ – низкий риск летального исхода. Чувствительность модели (1) при данном пороговом значении составляла 80%, специфичность – 100%.

Выводы. В результате проведенного исследования были установлены факторы, влияющие на выживаемость пациентов со стабильной ИБС, что позволило разработать прогностическую модель определения вероятности выживаемости пациентов для дальнейшего внедрения мер вторичной профилактики в практическое здравоохранение Республики Дагестан.

Список литературы.

1. Демографический ежегодник России. 2021: Стат. сборник / Росстат. М., 2021.
2. Timmis A. D., Feder G., Hemingway H. Prognosis of stable angina pectoris: Why we need larger population studies with higher endpoint resolution // Heart. 2007; № 7 (93). С. 786–791.
3. Мамутов Р. Ш., Мамараджапова Д. А. Прогностическая значимость факторов риска и анамнестических данных на смертность больных стабильной стенокардии при 5 летнем проспективном наблюдении (фрагмент регистра ОКС/ОИМ) // Евразийский кардиологический журнал. 2017; № 25. С. 44–48.

МЕЛАТОНИН И РАННЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Л.Н. Мусаева – ассистент, аспирант

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Э.М. Эседов

Актуальность. С момента возникновения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки произошли немалые изменения, как в диагностике, так и в лечении. Однако, все многоступенчатые попытки разоблачить унифицированную причину и создать единственно точный метод терапии раннего прогноза обострений пока не удалось. Вот уже многие десятилетия язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки остается широко распространенной, и известна серьезными осложнениями, порой несовместимыми с жизнью. Мелатонин – хронобиотик с антиоксидантной, антиканцерогенной, иммуномодулирующей, противовоспалительной и протективной активностью.

В настоящее время считается, в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) мелатонина в 400 раз больше, чем в шишковидной железе.

Применение искусственного света в ночное время, а также использование электронных

носителей, влекут за собой перестройку биоритмов человеческого организма.

Так же известно, что в период удлиненного светового дня с мая по июль, уровень мелатонина в крови у здорового человека минимален.

Впервые нами было проведено оригинальное исследование с изучением динамики сезонных изменений содержания мелатонина в крови при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Целью исследования: оптимизация раннего прогнозирования рецидива язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с определением мелатонина в крови в зависимости от сезонного обострения в течение года.

Методы и материалы. В исследование было включено 60 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в разные сезоны года (весна, лето, осень, зима). Среди них женщин было 36, мужчин – 24. Всем выполнена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой гастродуоденальных участков. Исследование мелатонина в крови проводилось с использованием метода высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией. Контрольную группу составили 40 здоровых добровольцев.

Результаты. У 40 (66, 6%) обследованных больных ЯБ уровень мелатонина определялся осенью и зимой, значимо был снижен относительно контрольной группы, составив ниже $1 \pm 0,57$ пг/мл в 99 % ($p < 0,05$), что свидетельствовало о циркадном десинхронозе и связанным с этим развитием язвенных дефектов в желудке и двенадцатиперстной кишке. У остальных 20 (33,3 %) больных концентрация гормона определялась весной и летом и также значимо была снижена относительно контрольной группы, составив ниже $10 \pm 0,58$ пг/мл ($p < 0,05$). У группы контроля – в период максимальной освещенности летом – содержание мелатонина в крови не превысило 1 пг/мл, а при минимальном лучевом спектре солнца – зимой – уровень гормона оказался, как и предполагалось, в пределах от 1 пг/мл и выше.

Выводы. Таким образом амплитудные изменения мелатонина в крови можно использовать как лабораторный маркер раннего прогнозирования сезонного обострения ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки.

ТРЕХКАМЕРНОЕ СЕРДЦЕ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА – КАЗУИСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА

В.Г. Петросова. З.М. Чабталова - ассистенты

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: д.м.н., проф. С.Ш. Ахмедханов

Актуальность. Сердце - один из первых органов, который формируется в процессе эмбриогенеза. Ряд генетических факторов (синдром Дауна, синдром Сотоса, синдром Патау),

способны помешать нормальному эмбриогенезу и повлечь за собой рождение ребенка с врожденным пороком сердца (ВПС). ВПС встречаются в популяции довольно часто и наблюдаются в 0,9-1,2% случаев (9-12 на 1000 новорожденных). Они занимают долю 20-25 % всех врожденных пороков развития. Единственный желудочек сердца (ЕдЖ) – это врожденный порок сердца, при котором изменено нормальное сообщение между желудочками и предсердиями. При этом камеры предсердий посредством митрального (МК) и трикуспидального (ТК) клапанов соединяются с ЕдЖ. Таким образом, кровообращение в малом и большом кругах реализуется не последовательно, а параллельно. ЕдЖ сердца встречается в 2,5% случаев среди всех ВПС. Смертность в течение первого года жизни без оказания лечебных мероприятий - 75%. Особенности строения камер приводят к недостаточной оксигенации крови. В ЕдЖ смешивается оксигенированная (95-100%) кровь из легочных вен и неоксигенированная (55-60%) кровь из системных вен. Гемодинамические нарушения приводят к объемной перегрузке ЕдЖ, увеличению рециркуляции через легочные сосуды и легочной гипертензии, обусловленной склеротическими изменениями легочных сосудов.

Случаи длительного течения заболевания с относительно удовлетворительным качеством жизни без оперативного вмешательства достаточно редки. . G. Restiano и соавт., описывающие ЕдЖ у 57-летней пациентки в 2004 году, обнаружили лишь 10 статей, представляющих подобный порок у лиц старше 50 лет. К 2022 году их количество увеличилось на 4. Поэтому исследования, описывающие данный порок у взрослых пациентов, представляют значительный клинический интерес.

Цель исследования – описание редкого случая длительной выживаемости 62-летней пациентки с ЕдЖ при относительно удовлетворительном качестве жизни.

Материалы и методы исследования. Больная М., 62 лет, поступила с *жалобами* на потерю сознания, общую слабость, одышку при малейшей физической нагрузке. *Из анамнеза* выяснено, что о пороке стало известно при случайном обследовании, родители отказались от оперативного вмешательства. Росла и развивалась здоровым ребенком. В анамнезе одна беременность, завершившаяся рождением здорового ребенка путем оперативного родоразрешения. В 2018 году стала отмечать ухудшение состояния в виде появления слабости, головокружения, предобморочного состояния. Консультировалась в областном консультативно–диагностическом центре г. Саратов. Предложена имплантация ЭКС, от чего пациентка отказалась. Консультирована кардиохирургом, от рекомендованной операции больная отказалась. В последнее время симптомы начали учащаться и усиливаться.

При осмотре состояние средней тяжести, вес 68 кг, рост 157 см, индекс массы тела 25,6 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледные, цианотичные. Отеков нет. ЧДД 20-22 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. При осмотре - сердечный толчок разлитой,

приподнимающийся, границы сердца расширены в обе стороны, систолическое дрожание на верхушке. При аускультации выслушивается громкий I тон, II тон над легочной артерией усилен, слабо расщеплен, пансистолический шум определяется в сочетании с III тоном и мезодиастолическим шумом вдоль левого края грудины и на верхушке. На верхушке выслушивается систолический шум недостаточности МК, в третьем межреберье слева имеется грубый систолический шум типа изгнания. Границы сердечной тупости: правая граница сердца - +2 см от правого края грудины, верхняя граница сердца - на уровне второго межреберья, левая граница сердца - +3 см от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 61 в минуту, артериальное давление (АД) 110/60 мм. рт. ст. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС - 87 в мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия ЛЖ. ЭХОКГ: ВПС, трехкамерное сердце - большой ДМЖП - 4-5 см. (атрезия базального и среднего сегментов МЖП). ЕдЖ. Утолщение стенок ЛЖ и ПЖ. Аорта, створки АК и МК, ТК уплотнены. Недостаточность ТК 2-3 ст, МК -2 ст. Систолическая функция ЛЖ снижена. ФВ - 49%. Высокая легочная гипертензия СДЛА -137 -142 мм. Зоны нарушения локальной сократимости не выявлены. Перикард б/о. ХМ-ЭКГ: Частая наджелудочковая и желудочковая эктопическая активность. АВ блокада 2 степени Мобитц 1 и Мобитц 2.

Окончательный диагноз: «Врожденный порок сердца: ЕдЖ с двумя путями притока и двумя путями оттока. ДМЖП. Гипертрофия миокарда ЕдЖ. Хроническая сердечная недостаточность ПА стадии, функциональный класс IV. Высокая легочная гипертензия. Вторичный эритроцитоз».

Результаты исследования. Представленный нами клинический случай наглядно иллюстрирует следующую патологию: ВПС. ЕдЖ. Из сопутствующих пороков необходимо отметить недостаточность МК и ТК. Имеется нарушение ритма сердца: частая наджелудочковая экстрасистолия, АВ-блокада 2 степени Мобитц-1 и Мобитц-2. ХСН IV ФК. Эхо-КГ визуализирует два предсердия; отдельные предсердно-желудочковые клапаны с недостаточностью МК 2 степени, недостаточностью ТК 2-3 степени; магистральные артерии без признаков транспозиции; высокую легочную гипертензию. Необходимость адекватной оксигенации при смешивании артериальной и венозной крови обусловило высокий легочный кровоток, легочную гипертензию и сердечную недостаточность. Отсутствие выраженной одышки и центрального цианоза, казалось бы, говорит о достаточной оксигенации, однако выявление вторичного эритроцитоза указывает на компенсаторно-приспособительную реакцию.

По нашему мнению, столь длительное и относительно удовлетворительно компенсированное течение заболевания может быть обусловлено следующими факторами: желудочек имеет морфологию и конфигурацию ЛЖ, анатомически сохранен, сократимость удовлетворительная; атриовентрикулярные соединения отдельные, их функциональное

состояние удовлетворительное; отсутствует диспозиция магистральных артерий; существует баланс между системным и легочным кровотоком, где стеноз легочной артерии снижает наполнение малого круга кровообращения.

Долгосрочный прогноз будет определяться приспособительными возможностями миокарда желудочка, состоянием клапанов, степенью прогрессирования сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца, а также возможности развития эпизодов тромбоэмболии.

Выводы. Высокая распространенность ВПС и уровень развития медицины приводит к увеличению доли взрослых пациентов в структуре ВПС. При этом продолжительность и качество жизни зависит от характера порока, функционального состояния миокарда, клапанов, магистральных артерий, проводящей системы сердца, легочной ткани. Приведённый клинический случай в очередной раз наглядно иллюстрирует выдающиеся адаптивно-компенсаторные механизмы, присущие человеческому организму.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

С.Д. Исаева - студентка 404 группы педиатрического факультета,

А.Т.Бейбалаева, З.М. Саидова - ассистенты кафедры

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического

и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научные руководители: д.м.н., проф. С.Ш. Ахмедханов, асс. А.Т.Бейбалаева

Актуальность. Геморрагический васкулит (ГВ) (vasculitis haemorrhagica; синоним: болезнь Шенлейна — Геноха) - заболевание с преимущественным поражением мелких сосудов: капилляров, венул, артериол, сопровождающееся кожным, суставным, абдоминальным, почечным клиническими синдромами.

Цель. Разбор случая системного васкулита при наличии множества сопутствующих патологий.

Материалы и методы. Анализ пациентки с геморрагическим васкулитом на фоне сахарного диабета 2-го типа по материалам истории болезни

Результаты исследования. Больная С., 60 лет, поступила 27.03.23 г. с жалобами на наличие точечных высыпаний красного цвета по всей поверхности тела, сопровождающиеся жжением; на наличие язвы на левой голени, онемение и ползание мурашек в нижних конечностях, на умеренной интенсивности боли в области коленных суставов, на сухость во рту, жажду, обильное мочеиспускание, появление жидкого стула с примесью крови, схваткообразные боли в области пупка не связанные с приемом пищи и дефекации. Со слов пациентки заболела 04.03.2023 на фоне полного благополучия, когда на голених и стопах обеих

конечностях появилась петехиальная сыпь. В начале лечения сыпь увеличилась, появилась на бедрах, в последующем на животе, спине (Рис.1). С 06.03.2023 по 22.03.2023 лечилась по месту жительства с положительным эффектом. 26.03.2023 пациентка стукнулась об дверь голенью. 27.03.2023 в связи с усилением болевого синдрома и увеличения площади поражения (высыпания по всей поверхности кожи, боли и жжение) направлена на стационарное обследование и лечение. *Данные анамнеза:* сахарный диабет 2-го типа, гипертоническая болезнь, гипотиреоз, гастродуоденит, хронический пиелонефрит.



Рис.1

Аллергический анамнез: на тетрациклин, бисептол. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Вредные привычки, туберкулез, гепатиты, венерические заболевания отрицает.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Гиперстенического телосложения, рост 166 см, масса тела 113 кг, индекс массы тела по Кеттле — 45 кг/м². Температура тела — 36,5 °С. Кожные покровы сухие, имеются высыпания и язвы, преимущественно локализируются в дистальных отделах нижних конечностей, имеют тенденцию к распространению вверх. Геморрагическая сыпь (пальпируемая пурпура) после надавливания не исчезают, отмечается их болезненность. 10.04.2023г при осмотре в области голеней на фоне гиперпигментации визуализируются трофические язвы диаметром 10х7см, 3х4см, 7х5см с образованием корочек, не кровоточат., тургор кожи сохранен (Рис. 2).

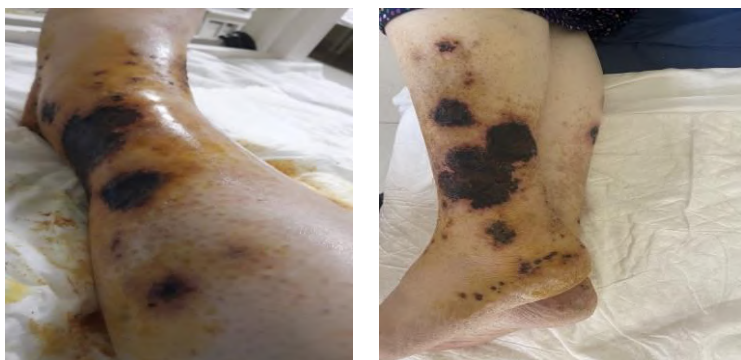


Рис 2.

Видимые слизистые без особенностей. Периферические л/у не пальпируются. Отеков нет. Дыхательная и сердечно-сосудистая системы - без патологий. Живот мягкий, при пальпации чувствителен в эпигастрии, печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена.

Стул 1-2 раза в сутки, неоформленный с примесью крови. Со стороны органов мочеотделения: пальпация почек б/б, симптом Пастернацкого: умеренная болезненность с обеих сторон. Объем движений в конечностях сохранен, немного ограничен в коленных суставах.

При лабораторно-инструментальном исследовании: В общем анализе крови обращало на себя внимание ускорение СОЭ до 21 мм/ч, лейкоциты $19,22 \times 10^9$ /л, в лейкоформуле: нейтрофилы 80,3, лимфоциты 14,8, тромбоциты 277×10^{12} . В общем анализе мочи была обнаружена небольшая протеинурия до 0,33 г/л. Показатели, оцененные в ходе рутинного биохимического исследования крови, оказались в пределах нормы, СРБ 85 мг/л, общий белок 54 г/л, альбумины 30,0 г/л, скорость клубочковой фильтрации (по формуле СКД-EPI) – 62,4 мл/мин/1,73 м², глюкоза 10,2 ммоль/л, HbA1c_NGSP 12,8%. Показатели свертываемости (фибриноген, ПТВ, протромбин) были в пределах условной нормы, АЧТВ 21,6 сек, D-димер 4815 ug/L, тромбокрит 0,2617 µg/L.

Исследованные маркеры системных заболеваний представлены в таблице.

Антитела	Результат
Антинуклеарный фактор (АНФ) на клеточной линии Нер-2 Антитела к дсДНК	<1:160 не обнаружены
Антитела к митохондриям (АМА-M2)	не обнаружены
Антитела к CENP-B	не обнаружены
Антитела к гистонам, J o-1, к нуклеосомам, к PCNA, к рибосомам (Ribo P), к RNP/M, к Sm, к SS-A, к SS-B	не обнаружены
Антитела к PM-Scl	не обнаружены
Антитела к Scl-70	не обнаружены
Ig A	2,50 г/л (референсные значения: 0,9-4,5 г/л)

На МСКТ органов брюшной полости выявлены: КТ-картина хронического колита, дивертикулеза сигмовидного, нисходящего отдела ободочной кишки. Кисты почек. На Эхо-КГ: Уплотнение стенок аорты и створок аортального и митрального клапанов.

Клинический диагноз: Геморрагический васкулит с поражением кожи, суставов, ЖКТ, активность II, подострое течение. Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет, инсулинопотребный, диабетическая нефропатия? Гипертоническая болезнь 2ст., АГ 3ст, риск 4 Ожирение 3ст. ХБП 2ст. *Проведенное лечение:* преднол, транексамовая кислота, ципрофлоксацин, а также симптоматически: гипотензивные препараты, инсулинотерапия, пентоксифиллин, никотиновая кислота, омез, диклофенак. Консультирована хирургом РОХИ, проводились регулярные перевязки, обработка ран. На фоне проведенного лечения выраженная положительная динамика в виде заживления язв, уменьшения интенсивности сыпи, регресса субъективной клинической симптоматики. В нашем случае клинически преобладала картина васкулита, однако и имело место наличие вторичного бактериального поражения голени с образованием трофических язв на фоне сахарного диабета 2-го типа. Диагностика системных

васкулитов в отсутствии возможности провести биопсию всегда представляет трудность, однако в данном случае диагноз был выставлен на основе наличия у пациента классификационных критерием EULAR/PRINTO/PRES/.

Выводы:

1. Особенностью данного клинического наблюдения явилось сочетание картины поражения кожи при геморрагическом васкулите с образованием трофических язв и вторичным бактериальным поражением кожи.

2. Комплексная терапия антибактериальными и противовоспалительными препаратами позволила достичь стойкого положительного результата.

СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.А. Юзбекова, студентка 4 курса лечебного факультета,

З.М. Кухмазова, студентка 5 курса лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор Н. У. Чамсутдинов

и к.м.н., доцент Д. Н. Абдулманапова

Актуальность. Первичная цилиарная дискинезия, это генетически гетерогенное аутосомно-рецессивное заболевание, поражающее цилиарный аппарат. Нормальная цилиарная функция имеет решающее значение для защиты дыхательных путей хозяина, подвижности сперматозоидов, а также обеспечивает правильную ориентацию во внутренних органах во время эмбриогенеза. Данное наследственное расстройство вызывает дефекты в действии ресничек, выстилающих верхние и нижние дыхательные пути, синусы, евстахиеву трубу, среднее ухо, фаллопиеву трубу и жгутики сперматозоидов.

Синдром Картагенера (СК) является подмножеством более крупной группы нарушений перистальтики ресничек, называемых первичными дискинезиями ресничек [1]. Генетическое заболевание было впервые описано в 1904 году киевским врачом А. К. Зивертом. Позднее шведский врач М. Картагенер представил более подробное описание данной патологии и ее семейных форм, а также сообщил о четырех случаях в 1933 году [2]. Предполагаемая распространенность первичной цилиарной дискинезии, подтипом которой является данный синдром, составляет примерно 1:30000 [3]. Несмотря на то, что это достаточно редкая патология, поздняя диагностика может привести к инвалидизации.

Аномальная структура или функция ресничек, приводящая к нарушению перистальтики ресничек, является основной патофизиологической проблемой при синдроме Картагенера [4]. Мутация генов при данном синдроме приводит к тому, что цилиарный аппарат больного находится в обездвиженном состоянии, либо работает асинхронно. Реснички становятся

дискинетичными, их скоординированное, стимулирующее действие уменьшается, и бактериальный клиренс нарушается. В связи с тем, что возникает резкий дефицит дренажной системы, происходит скопление мокроты. Такая ситуация способствует развитию вторичных инфекций, приводящих к формированию стойких бронхоэктазов, отита, евстахиита [5].

Клиническая триада, определяющая состояние, состоит из хронического рецидивирующего риносинусита, бронхита, зеркального расположения органов в системе «сердце-легкие».

Целью этого исследования было лучше понять СК и узнать об осложнениях СК при поздней диагностике.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ истории болезни 24-летней женщины с синдромом Картагенера. От пациента было получено письменное информированное согласие на публикацию этого клинического случая.

Пациентка М. 24 лет обратилась в поликлинику «Целитель» (Махачкала) 18.01.2023 с жалобами на повышение температуры тела до 39,5 °С, кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой до 40-50 мл в сутки, одышку при умеренной физической нагрузке, ринорею с гнойным отделяемым, боль в горле при разговоре и глотании, ломоту в теле, общую слабость, потливость. Отметила, что жалобы появились двумя неделями ранее. Лечилась амбулаторно, без динамики.

В анамнезе частые респираторные заболевания в детстве. У больной периодически отмечается кашель, обструктивный синдром с преобладанием пассивного механизма (густая гнойная мокрота). Несмотря на то, что в детском возрасте многократно проводились обследования (преимущественно в амбулаторных условиях), транспозиция внутренних органов выявлена не была.

При осмотре: пациентка правильного телосложения. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, умеренной влажности. Дыхание через нос затруднено, отделяемого нет. В зеве гиперемии нет. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, миндалины рыхлые, умеренно гиперемизированные. Костно-мышечная система без патологий. Вес 54 кг; индекс массы тела 18,6 кг /м².

Грудная клетка нормостеническая, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Аускультативно в легких на фоне жесткого дыхания единичные рассеянные сухие хрипы и единичные мелкопузырчатые хрипы. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости перкуторно: правая – на 1 см кнаружи от правой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя – во II межреберье справа, левая – по левому краю грудины. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке сердца (по среднеключичной линии справа) усиливающий при задержке дыхания на вдохе. АД - 120/80 мм.рт.ст. Пульс-ЧСС - 74 уд/минуту.

При пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Стул оформленный, регулярный.

Рентгенографически сердце и крупные сосуды расположены справа.

Компьютерная томография (КТ) грудной клетки с высоким разрешением выявила бронхоэктазы и фиброзные полосы в обеих нижних отделах легких без видимых лимфатических узлов в средостении. КТ брюшной полости показала левостороннее расположение печени и нижней полой вены, а также правостороннюю селезенку, что указывает на транспозицию органов слева направо.

Бронхофиброскопия: Просвет трахеи округлый на всем протяжении. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, гиперемирована, сосудистый рисунок четко не визуализируется. Наблюдаются признаки инверсии бронхов слева направо-главный бронх с левой стороны укорочен, структура нижележащих отделов построена по типу бронхов правого легкого. Главный бронх с правой стороны, напротив, удлинен, и структура нижележащих отделов построена по типу бронхов левого легкого.

Эхокардиографическое исследование сердца продемонстрировало декстрокардию. Камеры сердца не расширены. Сократительная способность левого желудочка не снижена.

ЭКГ выполнялась с правосторонним расположением электродов. Заключение ЭКГ: декстракардия.

На спирограмме имеются вентиляционные нарушения по смешанному типу, преимущественно обструктивному (ЖЕЛ=76% от должных величин, ОФВ1=44, МОС 25=50%, МОС50=35% и МОС 75=24%). Бронходилатационный тест положительный: отмечался прирост ОФВ1 на 43%.

Клинический анализ крови выявил повышение СОЭ, лейкоцитоз ($8,4 \cdot 10^9/\text{л}$), лейкоцитарная формула была не изменена.

Клинический диагноз: Первичная цилиарная дискинезия, синдром Зиверта-Картагенера. ХОБЛ, overlap – фенотип. Бронхоэктатическая болезнь. Хронический риносинусит.

Проведено лечение: цефтриаксон по 2 грамма внутривенно капельно на физ растворе 1 раз в день, Лазолван-Макс по 1 таблетке/75мг 1 раз в день, симбикорт 160/4,5 мкг по 2 вдоха 2 раза в день, арбидол по 1тб/200мг 4 раза в день в течении 7 дней. На фоне проведенной терапии отмечает положительную динамику заболевания в виде снижения температуры и уменьшения кашля. Было рекомендовано проводить курсы противорецидивной терапии, включающие методы, улучшающие функцию бронхов: дренажный массаж, постуральный дренаж, дыхательную гимнастику.

Вывод. Приведенный пример, показывает, что в ряде случаев синдром Картагенера может длительное время оставаться не диагностированным. Ранняя диагностика и лечение этих пациентов позволит избежать осложнений данного заболевания.

Литература

1. Mishra M, Kumar N, Jaiswal A, Verma AK, Kant S. Kartagener's syndrome: A case series // Lung India. 2020. V.29. №4. P. 366-9. doi: 10.4103/0970-2113.102831.
2. Диксит Р., Диксит К., Джиндал С., Шах К.В. Необычное проявление синдрома неподвижных ресничек при азооспермии: отчет о случае и обзор литературы // Lung India. 2019. V.26. №4. P.142-145. doi: 10.4103/0970-2113.56352.
3. Ibrahim R, Daood H. Kartagener syndrome: A case report // Can J Respir Ther. 2021. V.57. P.44-48. doi: 10.29390/cjrt-2020-064.
4. Бартуол. Синдром Картагенера у фертильного мужчины - редкий вариант. 2019. V.23. P.123
5. Tadesse A, Alemu H, Silamsaw M, Gebrewold Y. Kartagener's syndrome: a case report. 2018. doi: 10.1186 / s13256-017-1538-2 .

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Д.А. Валиева – студентка 318 гр. лечебного факультета,

А.Б. Сулейманова – студентка 303 гр. стоматологического факультета,

Муслимова П.А. – студентка 320 гр. лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней,

д.м.н., профессор Д.А. Шихнебиев

Актуальность. По данным ВОЗ, после перенесенной ковидной инфекции у 10% и более переболевших людей сохраняются отдельные симптомы болезни, носящие название «постковидный синдром» или «ковидный хвост» [2]. Постковидный синдром может затрагивать множество органов, влиять на целый ряд систем и проявляться в виде одышки, слабости, усталости, снижения работоспособности, нарушениями работы сердца, сна, когнитивных функций т.д. По мнению Минздрава РФ, у трети переболевших этой инфекцией возникает риск образования тромбов (инфаркта и инсульта) примерно через 2 месяца после стационарного лечения [1]. Важно отметить, что постковидный синдром возникает вне зависимости от того, в какой форме коронавирус протекал у человека (скрытая, легкая, средняя, тяжелая или критическая), и длиться до 12 недель и больше [3]. Однако у каких пациентов может развиваться постковидный синдром, как долго и какими симптомами он будет проявляться до конца пока еще не известно.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и характер последствий перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. В работе использовались аналитический, сравнительный, анкетный и статистический (обработка данных) методы исследования.

Для сбора информации была использована разработанная нами анкета для пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. По результатам анкетирования был проведён анализ негативных последствий перенесенного Covid-19 среди респондентов разных возрастных групп, с легкой, средней и выше степенью тяжести заболевания и периодом после заболевания от 1 до 15 месяцев. В целом было проанализировано 20 патологических симптомов (одышка, нарушения обоняния и вкуса, раздражительность, утомляемость, боли в грудной клетке, нарушения памяти и сна, расстройства пищеварения и др.), которые вошли в понятие «постковидный синдром». Анкетирование проводилось в период с октября 2021 г. по март 2022 г. среди пациентов, обратившихся в поликлинику №5 и МУ «Фемели» г. Махачкалы. Выборку исследования составили 166 перенесших ковидную инфекцию в 2019-2021 гг. Среди респондентов было 84 женщин и 82 мужчин, в возрасте от 18 до 68 лет.

После сбора информации респонденты были разделены по следующим критериям: степень тяжести перенесенного Covid-19, прошедшее после заболевания время и пол. В дальнейшем в группах был проведен сравнительный анализ.

Статистическую обработку материала исследования проводили с помощью функций MS Excel с определением долевых значений.

Результаты и их обсуждения. По результатам анкетирования было выявлено, что 12 (7,3%) респондента не знает, какова была степень тяжести болезни. У них заболевание прошло «на ногах» – за медицинской помощью они не обращались. 96 (57,8%) участников исследования считают, что перенесли заболевание в легкой форме, 58 (24,9%) – в средней и выше степени тяжести.

Из всех симптомов постковидного синдрома наиболее часто респонденты отмечали признаки астении (синдром хронической усталости), в том числе мышечную слабость, повышенную утомляемость с сопутствующими головными болями. Эти симптомы назвали 66% респондентов. В отличие от обычной усталости постковидная астения не проходила после отдыха, и сопровождалась снижением работоспособности и нарушением привычной жизнедеятельности.

60% пациентов после COVID-19 испытывали сухость во рту. Около 42% жаловались на ощущение нехватки воздуха, одышку. Далее по степени выраженности идет когнитивные нарушения (снижение памяти, концентрации внимания, затуманенность сознания, ощущение тумана в голове) – у 41%. Проблемы со сном испытывали каждый четвертый

больной. У 18% сохранялись субфебрильная температура и кашель. Каждый восьмой жаловался на боли в мышцах, а каждый шестой – на учащенное сердцебиение. У 5% отмечались головокружение, усиление выпадения волос, а 2% отмечали боли в животе, тошнота, диарея. У 4% пациентов наблюдались онемение в стопах и кистях рук.

Была выявлена связь между степенью тяжести перенесенного заболевания и постковидным синдромом – больные, перенесшие заболевание средней степени тяжести и выше, чаще испытывали на себе постковидные последствия, чем пациенты, перенесшие заболевание в легкой форме. Проведенный анализ данных показал отсутствие взаимосвязей между степенью тяжести заболевания и такими наиболее выраженными постковидными симптомами, как повышенная утомляемость и нарушения сна, перепады настроения и эмоций по различным причинам. Их отмечали все респонденты, вне зависимости от степени тяжести заболевания.

Больные после Covid-19 в течение 1-6 месяцев наиболее часто предъявляли жалобы на боль в грудной клетке. Наличие данного симптома отмечали 63% опрошенных. Дальнейший анализ установил, что со временем количество больных с болью в грудной клетке снижается. В группе респондентов от 7 до 12 месяцев после Covid-19 наиболее частыми симптомами были повышенная потливость – у 54%, изменение вкуса/обоняния – у 35%. У ряда больных симптомы «постковидного синдрома» сохранялись по прошествии 12 месяцев и более, что свидетельствует о длительном течении данного синдрома. Это соответственно требует и более длительного наблюдения за перенесшими ковидную инфекцию.

В нашей выборке мы не выявили гендерных особенностей протекания постковидного синдрома. В целом постковидные симптомы в равной степени отмечали как мужчины, так и женщины.

Выводы. Таким образом, на основании результатов исследования можно сделать вывод, что у перенесших коронаровирусную инфекцию спустя месяцы сохраняются симптомы «постковидного синдрома». Отмечена связь между степенью тяжести перенесенного заболевания и постковидным синдромом – перенесшие коронавирусную инфекцию средней степени тяжести и выше чаще испытывают на себе симптомы постковидных последствий, чем перенесшие легкой степени. Результаты исследования определяют необходимость более длительного наблюдения за больными, перенесшими коронавирусную инфекцию.

Литература:

1. Всё прошло? Кому нужна углублённая диспансеризация после COVID-19 [Электронный ресурс]. Аргументы и факты 2020. Режим доступа: <https://clck.ru/agw8X>.

2. Манукиян Е. Врач назвала основные проявления постковидного синдрома. Социальный банк вопросов по Covid-19. Специальный проект. [Электронный ресурс]. Российская газета. 2021. Режим доступа: Врач назвала основные проявления постковидного синдрома – Российская газета (rg.ru).

3. Temporary guidelines of the Ministry of Health of Russia: Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19), version 5 (04/08/2020). – М.: Ministry of Health of the Russian Federation, 2020. – 122 p.

ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН, ЕГО РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ В ГОРОДЕ ИРКУТСКЕ

Е.А. Манданова, С.О. Чупрова – студенты 309 гр. лечебного факультета

Кафедра общей гигиены

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Мануева

Актуальность. Распространенность гиперхолестеринемии (ГХС) (уровень общего холестерина (ОХС) $\geq 5,0$ ммоль/л) в среднем составляет $58,4 \pm 0,34\%$. Существенных различий уровня холестерина (ХС) у мужчин и женщин не выявлено. (Ежов М.В., Кухарчук В.В., Сергиенко И.В., и др.). Патологии, связанные с нарушением липидного обмена, имеют высокую распространенность и встречаются у лиц преклонного возраста с особой частотой. Это связано с возрастными изменениями в организме, а также с ухудшением работы механизмов, ответственных за обмен липидов. Возрастные изменения в организме приводят к увеличению уровня холестерина в крови и нарушению его метаболизма. Это может привести к развитию таких патологических состояний, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт и другие серьезные заболевания.

Цель исследования. Изучить роль нарушений липидного обмена на развитие патологий у лиц старше 60 лет.

Материалы и методы исследования. Работа выполнялась на базе ОГБУЗ ИГКБ №1 г. Иркутска, в исследовании приняли участие 60 пациентов в возрасте 60 лет и старше, которые были распределены на следующие возрастные группы (согласно ВОЗ): 33,3% людей пожилого возраста, 33,3% - старческого возраста и 33,3% - из группы долгожителей. На первом этапе были детально проанализированы следующие лабораторные показатели биохимических анализов крови: ОХС, липопротеины высокой плотности (ЛПВП), ЛПНП, триглицериды (ТГ). На втором этапе были изучены амбулаторные карты данных пациентов с целью выявить заболевания, причиной развития которых могло стать нарушение липидного обмена (дислипидемия). На третьем этапе проведен анализ фактического рациона питания каждого

пациента путем заполнения дневников питания. Результаты исследования сопоставляли с методическими рекомендациями 2.3.1.0253-21 "Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации". Статистическая обработка данных производилась на платформе Excel.

Результаты исследования. В ходе данного исследования было выявлено, что у 53,3% пациентов старше 60 лет наблюдается дислипидемия. При этом среди пациентов пожилого возраста показатель нарушения липидного обмена составил 75%, среди пациентов старческого возраста – 55%, в группе долгожителей – 30%.

При оценке средних значений ОХС в разных группах были получены следующие результаты: в группе пациентов пожилого возраста среднее значение ОХС составило 5,46 ммоль/л, в группе старческого возраста – 5,34 ммоль/л, в группе долгожителей – 4,46 ммоль/л. Таким образом, в группах пациентов пожилого и старческого возраста наблюдается повышение общего холестерина выше целевого значения (5,2 ммоль/л).

ЛПВП обладают антиатерогенными свойствами, снижают риск развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Среднее значение ЛПВП в группах следующее: среди пациентов пожилого возраста – 1,44 ммоль/л, среди пациентов старческого возраста – 1,55 ммоль/л, в группе долгожителей – 1,54 ммоль/л. Во всех группах среднее значение ЛПВП соответствует целевому уровню ($>1,0$ ммоль/л).

Особое внимание уделяется ЛПНП, которые являются наиболее атерогенными. Среднее значение ЛПНП в группе пациентов пожилого возраста выше, чем в других группах – 3,66 ммоль/л (в группе старческого возраста – 3,56 ммоль/л, в группе долгожителей – 2,88 ммоль/л). В группах пожилого и старческого возраста уровень ЛПНП выше целевого значения (3,0 ммоль/л).

При определении среднего значения ТГ в группе долгожителей было выявлено повышение показателя ТГ – 1,8 ммоль/л, при целевом значении менее 1,7 ммоль/л. В группах пожилого и старческого возраста – 1,6 ммоль/л и 1,5 ммоль/л соответственно.

При анализе заболеваний пациентов с нарушенным липидным обменом были получены следующие результаты: среди пациентов пожилого возраста страдают ишемической болезнью сердца (ИБС) 13,3%, дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) – 26,6%, артериальной гипертензией (АГ) – 66,7%, среди пациентов старческого возраста страдают ИБС – 18,18%, ДЭ – 36,36%, АГ – 72,72%, в группе долгожителей страдают ИБС – 16,6%, ДЭ – 16,6%, АГ – 66,6%. Также в группе старческого возраста выявлен один случай с мозговым инсультом (9,1%).

При оценке фактического рациона питания в группе пациентов старше 60 лет с нарушениями липидного обмена было выявлено, что у 62,5% пациентов калорийность суточного рациона превышает рекомендуемые значения. У 71,8% пациентов отмечается

повышенное потребление жиров (выше 30% от калорийности суточного рациона), особенно насыщенных и транс-жиров. Большинство пациентов употребляют еду с высоким содержанием холестерина. У 40,6% пациентов выявлено повышенное потребление углеводов (выше 56-58% от калорийности суточного рациона). При этом в питании преобладают простые углеводы. 81,2% пациентов получают недостаточное количество микронутриентов. У 31,2% пациентов выявлено недостаточное содержание пищевых волокон в суточном рационе (меньше 20г в сутки). В 90,6% случаев отмечается нерациональное распределение энергетической ценности по отдельным приемам пищи, также не соблюдается соотношение белков, жиров и углеводов. Для сравнения в группе пациентов без нарушений липидного обмена были получены следующие результаты: у 17,8% пациентов калорийность суточного рациона превышает рекомендуемые значения, наблюдается нерациональное распределение энергетической ценности по отдельным приемам пищи. У 14,2% отмечается повышенное потребление жиров. У 21,4% пациентов выявлено повышенное потребление углеводов. Недостаток различных микронутриентов отмечается в 35,7% случаев.

Выводы. Во исследуемых группах наблюдаются нарушения липидного обмена, однако с возрастом частота этих нарушений уменьшается. В группах пожилого и старческого возраста повышение уровня ОХС сопровождалось повышением ЛПНП на фоне нормального содержания ЛПВП. В группе долгожителей дислипидемия характеризовалась прежде всего повышением уровня ТГ.

Нарушения липидного обмена приводят к различным патологиям, таким как атеросклероз, ИБС, артериальная гипертензия, инсульт. При этом в группе старческого возраста дислипидемия чаще сопровождается острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Одним из основных факторов риска нарушений липидного обмена является нерациональное питание. При анализе фактического характера питания пациентов выявили, что большинство лиц (90%) с нарушенным липидным обменом не соблюдают диету, что ещё раз доказывает зависимость развития дислипидемии от рациона питания.

Рекомендации по питанию: пациентам следует добавить в пищу больше овощей и фруктов, богатых пищевыми волокнами, которые способствуют снижению уровня холестерина. А также уменьшить потребление продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином. Желательным считается регулярное потребление морской рыбы 2 раза в неделю, содержащей большое количество омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, которые играют важную роль в профилактике атеросклероза и инфаркта миокарда.

МЕТАБОЛИЗМ ЛИПИДОВ В ДЕТСКОМ И ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

Д.В. Береснева - студентка I курса группы 111 педиатрического факультета

Кафедра медицинской биологии и генетики

Актуальность. Болезнь Иценко-Кушинга может иметь слабо выраженные клинические проявления, поэтому пациентам с ожирением необходимо уделять большее количество внимания, поскольку ожирение может являться единственным явным признаком болезни Иценко-Кушинга.

Цель. Выявить различия в липидном обмене при БИК у детей и взрослых, обозначить трудности диагностики заболевания при наличии только одного симптома – ожирения.

Методы исследования. Анализ научной литературы, сравнение липидного обмена у взрослых и детей, синтез выделенных в анализе элементов.

Введение. Синдром гиперкортицизма представляет собой симптомо-комплекс, обусловленный длительным воздействием на организм повышенного количества гормонов коры надпочечников [1]. Диспластическое ожирение является важным симптомом данного заболевания, которому сопутствует луновидное лицо, нарушение углеводного обмена, а также сине-багровые полосы растяжения на коже. Заболевание в основном встречается у молодых пациентов: средний возраст на момент диагностики составляет 30-40 лет, чаще болеют женщины [2].

Особенности течения заболевания у детей и подростков. Эндогенный гиперкортицизм у детей первого года жизни встречается крайне редко. Среди причин синдрома Кушинга в раннем детстве - объемные образования надпочечников и двусторонняя гиперплазия надпочечников [3]. У детей основными симптомами является задержка роста и избыточные прибавки в весе. Иногда задержка роста при большой длительности заболевания может быть единственным клиническим признаком, возникающим задолго до развития другой симптоматики [4]. Рост замедляется в силу ряда причин: избыток глюкокортикоидов подавляет секрецию СТГ (гормона роста); ожирение в свою очередь также снижает секрецию СТГ; эффект сдавления массы опухоли СТГ-секретирующих клеток. У детей старшего возраста заболевание встречается с одинаковой частотой как у мальчиков, так и у девочек. Отмечается повышенная восприимчивость к инфекциям. У детей допубертатного периода имеет место преждевременное половое развитие (ППР), в то время как при начале БИК в постпубертатном периоде — задержка полового развития (ЗПР). При повышенном количестве ГКС происходит прогрессивное увеличение уровня общего и эстерифицированного холестерина [5]. Глюкокортикоиды снижают количество эозинофилов и лимфоцитов в крови. Увеличенная секреция глюкокортикоидов способствует атрофии лимфоидной ткани, вследствие чего из неё не происходит выброс антител. Поэтому иммунитет снижается ко всем инородным антигенам.

Липидный обмен при БИК. Увеличение массы тела и ожирение являются одними из наиболее типичных проявлений гиперкортицизма и наблюдаются более чем у 90% пациентов. При длительно сохраняющемся избытке ГКС жировая ткань откладывается диспластично, при этом формируется кушингоидный тип ожирения, для которого характерно своеобразное перераспределение жировой ткани: отмечается относительное «исхудание» дистальных отделов конечностей и увеличение массы жировой ткани в области живота, груди, надключичных ямок («жировые подушки»), на тыльной поверхности шеи («вдовий горб» или «верблюжий горб»). Вдовий горб часто образуется вследствие сахарного диабета, который является осложнением болезни Иценко-Кушинга, а также в области щек и висков. Возможно усиленное отложение жировой ткани в эпидуральном пространстве. Кушингоидный (центрипетальный) тип ожирения наиболее часто отмечается у взрослых, у детей же гиперкортицизм может приводить к развитию «обычного» генерализованного ожирения [6].

Результаты исследования. Для подтверждения того, что в детском возрасте БИК наиболее опасна, был проведён сравнительный анализ нарушения липидного обмена у взрослых и детей по основным параметрам, представленный в таблице 1.

Выводы.

1. Болезнь Иценко-Кушинга является тяжелым заболеванием, которое может вызвать серьёзные нарушения в липидном обмене, как у взрослых, так и у детей.
2. Необходимо вовремя диагностировать данное заболевание, чтобы успеть предотвратить осложнения и не допустить прогрессирования болезни Иценко-Кушинга.

Список литературы

1. Тлиш М., Шавилова М., Глузмин М., Комиссарова Н., Ерохина Е. Синдром Иценко-Кушинга, индуцированный бесконтрольным применением топических ГКС//Врач. -2018. - Т. 29. №2. - С. 54.
2. Курицына Н. В., Цой У. А., Черebilло В. Ю., Пальцев А. А. , Циберкин А. А. Прогнозирование результатов трансфеноидальной эндоскопической аденомэктомии у пациентов с болезнью Иценко-Кушинга//Медицинский совет. -2021. -№21-2- С. 153.
3. Карева М. А., Макажан Н. В. , Орлова Е. М., и др. Синдром Кушинга у ребенка первого года жизни//Проблемы эндокринологии. -2017. - Т. 63. № 2. - С. 92-97.
4. Гунбина И. В., Ташкова А. Н., Климова К. А. Синдром Иценко-Кушинга у ребенка раннего возраста: микронодулярная гиперплазия коры надпочечников//Педиатрический вестник Южного Урала. -2020. - №1 - С. 117-118.
5. Исмаилов С. И., Урманова Ю. М., Халимова З. Ю., Наримова Г. Д., Шораимова М. З. Частота и этиология различных форм гиперкортицизма в детском, подростковом и юношеском возрасте по данным ретроспективного анализа//Международный эндокринологический

журнал. -2012. -№4-С. 31.

6. Дзеранова Л. К., Парамонов В. М., Рожинская Л. Я., Плещева А. В., Манченко О. В. Особенности жирового обмена при болезни Иценко-Кушинга//Ожирение и метаболизм. -2010. -№1- С. 58-60.

Приложение

Таблица 1 "Сравнение нарушения липидного обмена у взрослых и детей при БИК"

Нарушение липидного обмена у детей	Нарушение липидного обмена у взрослых
Лишняя масса тела имеет более равномерный характер с увеличением висцерального и подкожного жира	Перераспределение жировой ткани по абдоминальному типу, узкие конечности, вдовий горб
Метаболизм детей более ускорен в сравнении со взрослыми, вследствие чего жир распространяется по телу более равномерно	Метаболизм взрослых замедлен в сравнении с детьми.
Вследствие задержки роста при гиперкортицизме, ожирение для детей является более опасным	У взрослых задержка роста отсутствует
У детей и подростков уровень кортизола выше, чем у взрослых(может достигать 1048 нмоль/л), что повышает уровень риска развития ожирения	У мужчин кортизол может содержаться в норме до 700 нмоль/л, у женщин до 600 нмоль/л. Показатели могут варьироваться в зависимости от возраста

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.А. Гордейчук, О.А. Жилко – студентки 1305 группы лечебного факультета

Кафедра патологической физиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – ассистент Т. В. Абакумова

Актуальность. Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) — аутоиммунное воспаление щитовидной железы с лимфоцитарной инфильтрацией. АИТ является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний щитовидной железы: 20–50 % от всех тиреоидных патологий. Заболеваемость АИТ составляет от 3 до 20 % от числа людей по всему миру. Чаше данной аутоиммунной патологией болеют женщины в возрасте от 30 до 60 лет, и риск развития АИТ возрастает с возрастом [1]. Но важно отметить то, что АИТ может быть диагностирован в любом возрасте, включая детей. Это заболевание зачастую не имеет ярко выраженных

симптомов, при этом о его наличии могут свидетельствовать лишь лабораторные данные. Но при своём проявлении АИТ является наиболее частой причиной гипотиреоза, что уже требует лечения, которое в свою очередь не является этиотропным. В то же время при наличии заболевания антитела могут и не определяться, что объясняется несовершенством методов диагностики.

В некоторых источниках утверждается связь АИТ с такими аутоиммунными заболеваниями, как системная красная волчанка, первичный гипокортицизм, сахарный диабет первого типа, ревматоидный артрит, пернициозная анемия, витилиго, синдром Шегрена.

Также наблюдается зависимость между диффузным токсическим зобом (ДЗТ) и АИТ. Есть случаи, когда у одного из монозиготных близнецов был АИТ, а у другого ДЗТ. В то же время в семьях у одних её членов проявляется ДЗТ, а у других АИТ. Эти данные не только подтверждают генетическую детерминированность АИТ, но и показывают важную роль образа жизни и окружающей среды в развитии заболевания.

АИТ является заболеванием, достаточно распространённым во всём мире, в том числе и в Республике Беларусь. Его патогенез, хотя и изучается, но до сих пор не совсем ясен. Диагностика АИТ представляет некоторые трудности из-за разнообразия как клинических, так и лабораторных проявлений данного заболевания.

Цель исследования. Исследовать взаимосвязь АИТ с уровнем тиреотропного гормона (ТТГ), антител к тиреопероксидазе (АТПО), данными УЗИ щитовидной железы, другими заболеваниями и наследственностью человека, чтобы выделить так называемые «группы риска» – людей, которые могли бы в дальнейшем проходить обследования на наличие АИТ, проявляющегося гипотиреозом, и вовремя начать лечение, а также при наличии АИТ предполагать вероятность каких-либо других заболеваний.

Материалы и методы исследования. Мы изучили истории болезни 30 пациентов Минского городского эндокринологического диспансера в возрасте до 60 лет с диагностированным АИТ, которые приходили на приём в течение декабря 2022 года. Обработка исследуемых данных проводилась в программе «Microsoft Office Excel» 2013.

Результаты исследования. Среди пациентов 27 человек (90%) — женщины, у 18 (60%) пациентов АИТ был выявлен после 30 лет, что совпадает с данными зарубежных исследований. На момент выявления АИТ функция щитовидной железы: 17 (57%) — гипотиреоз, 7 (23%) — эутиреоз, 6 (20%) — гипертиреоз (из них половина тиреотоксикоз). Следовательно, среди пациентов данной выборки клиническое проявление АИТ достаточно разнообразно и нельзя сказать, что в подавляющем большинстве случаев это гипотиреоз.

У 3 (10%) пациентов в анамнезе диффузный токсический зоб предшествовал АИТ. Антитела к тиреопероксидазе являются одним из главных критериев постановки диагноза (должны превышать норму в 10 и более раз). Но у 11 (37%) пациентов они не были

определены, причём у 42% (8 человек) из тех, у кого были выявлены, они превышали норму менее чем в 10 раз. В данном случае выявление АТПО не является главным критерием постановки диагноза. Обычно анализ на АТПО проводится один раз и больше не повторяется. Но среди отобранных нами историй болезни у двух людей этот анализ был проведён дважды. Интересно, что у пациентки с гипотиреозом, принимающей левотироксин, количество АТПО увеличилось, а у пациентки с эутиреозом, которая принимает витамин D, АТПО снизились. Так, можно предположить, что витамин D снижает аутоиммунную агрессию.

У 8 (27%) пациентов уровень ТТГ в крови повышен, у 5 (16,7%) — понижен, что, на удивление, не взаимосвязано с функцией щитовидной железы. Можно предположить проблемы с центральной регуляцией активности щитовидной железы, так как логичным было бы повышение уровня ТТГ при гипотиреозе (57%).

По данным УЗИ у 21 (70%) пациента выявлены нарушения в структуре щитовидной железы (узлы, кисты, кальцинаты, включения, неоднородность структуры, узловой зоб). Объём щитовидной железы в данной выборке у 28 (93%) пациентов нормальный, у одной пациентки отмечается гипертрофия, у ещё одной — гипоплазия. В данной выборке УЗИ является главным признаком диагностики заболевания.

У 10 (33%) пациентов в анамнезе есть доброкачественные новообразования (лейомиома матки, кисты почки, печени, яичника, поджелудочной железы, фиброаденома молочной железы, инциденталомы надпочечника, микроаденома гипофиза, аденома прямой кишки, гемангиома печени).

У 6 (20%) пациентов в наследственном анамнезе у ближайших родственников выявлена патология щитовидной железы в виде АИТ, ДТЗ, эндемического зоба. В этих случаях можно предположить взаимосвязь с развитием АИТ. Напротив, только 2 пациента имели другие аутоиммунные заболевания и только 1 – сахарный диабет.

Выводы. Таким образом, можно сказать, что диагностика АИТ сложна и складывается из нескольких главных параметров: определение уровня АТПО, ТТГ, УЗИ щитовидной железы, клинических проявлений. В то же время ни один из них не совершенен. По данным нашего исследования можно предположить, что чаще АИТ выявляется у женщин после 30 лет, а его клинические проявления могут быть разнообразны или вообще отсутствовать, хотя чаще это клиника гипотиреоза. Мы заметили связь АИТ с наличием патологии щитовидной железы у родственников и с предрасположенностью к новообразованиям у самих пациентов.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ «ОКС» НА БАЗЕ ОГБУЗ «ИССМП» ЗА 2022 ГОД

**А.О. Петрачкова, И.А. Федосеева - студентки 6 курса лечебного факультета
Кафедра поликлинической терапии и ОВП**

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск, Россия

Актуальность: по данным ВОЗ ежегодная смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы составляет более 17, 5 миллионов человек. Статистика в России также неутешительна: заболевания сердца унесли жизни свыше 900 тыс. человек, в частности в Иркутской области - за 2022 год от болезней системы кровообращения умерло 7513 человек, что в сравнении с 2021 годом на 234 человека меньше. Сердечно-сосудистые заболевания продолжают занимать лидирующие позиции смертности в мире.

Ключевой патологией, уносящей жизни людей, остается ишемическая болезнь сердца. Согласно рекомендациям Европейского кардиологического сообщества и РКО, острый коронарный синдром, чаще всего является первопричиной ишемической болезни сердца.

В настоящий момент, понятие “острый коронарный синдром” складывается следующих клинических форм:

- инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST);
- инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST);
- нестабильная стенокардия;

Благодаря введению термина “острый коронарный синдром” достигается успешный первый контакт врача экстренной службы - скорой медицинской помощи - и пациента. Не являясь диагнозом, он позволяет осуществить эффективную оценку состояния пациента на догоспитальном этапе, в отсутствии диагностических данных, а также провести своевременное и адекватное лечение в первые часы от начала заболевания, поскольку вопрос качества оказания помощи на догоспитальном этапе с ОКС, является актуальным для нашего региона.

В понятие «качество медицинской помощи» целесообразно включить следующие параметры: своевременность, доступность и непосредственно оказание больному медицинской помощи, что достигается путем выполнения врачами лечебно-диагностических мероприятий, соответствующих приказу No918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечнососудистыми заболеваниями» и современным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению больных с ОКС.

Цель исследования: произвести анализ оказания скорой неотложной медицинской помощи при остром коронарном синдроме на базе ОГБУЗ “ИССМП”.

Материалы и методы: проанализированы карты вызова скорой неотложной помощи ф. 110/у, обратившихся за скорой медицинской помощью на базу ОГБУЗ “ИССМП” за 2022 год, с жалобами на боли в области сердца, в возрасте старше 19 лет. Проведена выборка по следующим возрастным группам: 1-я группа: 19-20 лет, 2-я: 21-30лет, 3-я: 31–40 лет, 4-я: 41–50 лет, 5-я: 51–60 лет, 6-я: 61–70 лет, 7-я: 71-80лет, 8-я: 81–90 лет, 9-я: 91+ лет.

Взяты критерии: общее число госпитализированных по поводу ОКС, распределение по

полу, возрасту, возможности госпитализации, месту госпитализации.

Результаты: Общее количество вызовов в 2022м году по поводу ОКС в г. Иркутске, составило - 3919. Из них: острый инфаркт миокарда (ОИМ) - 1064 вызова (27,14%), повторный инфаркт миокарда - 74 (1,88%) и нестабильная стенокардия (НС) - 2781 (70,96%) вызовов.

При обращении за помощью были отмечены следующие жалобы (рис. 1): боли в груди - 1692 (43,17 %) обращений, из которых - 698 (17,81%) - ишемическая болезнь сердца (ИБС) в анамнезе, 262 (6,68%) - гипертоническая болезнь (ГБ) в анамнезе, 157 (4%) - кардиальная патология в анамнезе, 575 (14,67%) - боли неизвестной этиологии. Низкое АД, головокружение - 102 обр. (2,6%). Рвота на фоне высокого АД - 7 обр. (0,17%). Повышение АД - 30 обр. (0,76%). Аритмия - 106 обр. (2,7%) Чувство нехватки воздуха - 107 обр. (2,73%). Без сознания - 6 чел. (0,15%). Боли в животе - 28 обр. (0,71%). Боли в боку, пояснице - 10 обр. (0,25%). Боли в нижних конечностях - 3 обр. (0,07%), острая боль в нижних конечностях, выраженные отеки - 4 обр. (0,1%). Стало плохо по неизвестной причине - 69 обр. (1,76%). Вызов кардио-бригады “на себя” - 1 обр. (0,02%).

Среднее время приезда бригады СМП исчисляется 11-ю–20-ю минутами - 1356 обращений (35,11%).

Общее число госпитализированных с направительным диагнозом “ОКС” за 2022 год составило 3566 человек. Их распределение произошло по следующим лечебным учреждениям г. Иркутска - ОГБУЗ ИГКБ №1- 2444 человек (68,53%) и ОБУЗ ИОКБ - 1007 чел. (28,23%), ОГБУЗ ИГКБ №3 - 38 чел. (1,06%), МСЧ ИАПО - 31 чел. (0,86%), ОГБУЗ ИГКБ №10- 17 чел. (0,47%), ОГБУЗ ИГКБ №8 - 16 чел. (0,44%), ОГБУЗ “Шелеховская РБ”- 3 чел. (0,08%), “Клиническая больница РЖД-медицина” - 2 чел. (0,05%), ОГАУЗ “Ангарская ГБ СМП” - 1 чел. (0,02%), ИГКБ №8 - 1 чел. (0,02%), ОГБУЗ ИОКТБ - 1 чел. (0,02%).

При госпитализации в лечебные учреждения г. Иркутска был выставлен диагноз по МКБ-10 [13]: I.20 - НС - 2477 чел. (69,46%), I.21 - ОИМ- 1018 чел. (28,54%), I.22 - Повторный ИМ - 71 (1,99%). чел.

Отказано в госпитализации - 354 чел. (9,03%), из которых - 36 чел. (0,91 %) - по причине смерти на догоспитальном этапе, соответственно - 318 чел. (8,12%) - по собственному желанию.

Среди госпитализированных с НС, преобладали мужчины в возрасте 61-70 лет - 434 чел. (12,17 %), соответственно при ОИМ - 194 чел. (5,44%) При повторном ИМ - преобладали женщины - 21 чел. (0,58%) - в возрастном диапазоне 81–90 лет.

Выводы: Анализируя полученные данные, следует сделать вывод, что острый коронарный синдром чаще развивается у лиц старше 41 года.

В структуре заболеваемости преобладающее количество пациентов – мужчины - 2165 чел. (55,25%), число женщин составило - 1754 чел. (44,75%).

Ведущей жалобой при обращении за помощью послужили боли в груди - 1692 (43,17%) обращений.

Наибольшее число вызовов с направительным диагнозом “ОКС” наблюдалось при нестабильной стенокардии (НС) - 70,96%. Большая часть пациентов была госпитализирована в “ОГБУЗ ИГКБ №1” - 2444 чел., из них в преобладающем большинстве случаев - 69,46% - выставлен диагноз (МКБ-10): I. 20 Нестабильная стенокардия.

БОЛЬ В ГОРЛЕ, КАК МАРКЕР ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

и тактика поведения пациента на амбулаторном этапе

И.П. Емельянова, Н.С. Щербакова – студентки 4 курса 22 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии лечебного факультета

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Научный руководитель – к.м.н. асс. Е.А. Майскова

Актуальность. В практике врача-терапевта часто можно встретить пациента с болью в горле. В большинстве случаев этот симптом является проявлением респираторных инфекций. Однако боль в горле может проявляться при заболеваниях не только ЛОР-органов, но и других систем организма и в ряде случаев является грозным симптомом. Среди возможных альтернативных причин боли в горле можно выделить заболевания скелетных мышц, щитовидной железы, дивертикул Ценкера, эзофагит, синдром Шегрена и другие. Тем не менее из-за своей частой встречаемости этот симптом кажется малозначимым и поэтому игнорируется пациентами, которые начинают заниматься самолечением. В связи с этим нами было решено провести исследование для уточнения тактики поведения пациентов в случае наличия у них боли в горле.

Цель исследования. Проанализировать структуру причин боли в горле и поведение пациентов на амбулаторном этапе.

Материал и методы исследования. Проведен онлайн-опрос обучающихся Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского с первого по шестой курс, опрошено 234 обучающихся с использованием анкеты на базе Google Формы. Статистическая обработка результатов проводилась на базе программы Microsoft Excel. Анкета включала в себя вопросы и варианты ответов, чтобы определить наличие и тактики поведения студентов в случае боли в горле.

Результаты исследования. Из 234 респондентов 146 человек (62,4%) были женского пола и 88 человек – (37,6 %) мужского.

Из 234 человек все испытывали боль в горле в течение года. При этом 125 человек отмечали боль в горле 1-2 раза в год (53,4%), 87 сталкивались с ней 3-4 раза в год (37,2%) и 22 человека ощущали ее ежемесячно (9,4%).

Продолжительность дискомфорта в горле по результатам опроса у 130 человек (55,6%) в среднем составляла 2-3 дня, у 56 (23,9%) – 4-5 дней, у 20 человек (8,5%) – 1 день, 18 респондентов (7,7%) испытывали боль в горле на протяжении 6-7 дней и 10 (4,3%) – более 7 дней.

При анализе возможных причин боли в горле 102 человека (43,6%) указывали, что знают о природе ее происхождения, 126 респондентов (53,8%) не всегда могли указать ее точно, и 6 человек (2,6%) не догадывались о причине данного симптома вообще.

При этом только 7 опрошенных (3%) всегда обращались за медицинской помощью в случае боли в горле, 154 человек (65,8%) периодически прибегали к помощи специалиста и 79 респондентов (31,2%) не обращались за медицинской помощью при дискомфорте горла.

Меры, которые предпринимали респонденты при боли в горле, включали: использование питьевой воды и других жидкостей (41,9% – 98 человек); анальгетики и обезболивающие средства в виде спреев и таблеток для рассасывания (36,3% – 85 респондентов). В целом, следовали лечению, предписанному врачом, 73 человека (31,2%); к народным средствам прибегали 71 респондент (30,3%), прочие меры предпринимали 79 человек (31,2%).

Исходя из результатов опроса около трети респондентов в случае боли в горле самостоятельно принимали антибиотики – 31,6% (74 человека), остальные опрошенные применяли их только по назначению врача или вовсе воздерживались – 68,4% (160 человек).

Выводы. В результате фармакоэпидемиологического опроса было выявлено, что большинство респондентов решение о применении лекарственных препаратов для лечения боли в горле принимали самостоятельно. Первоочередными в использовании были спреи и таблетки для рассасывания; антибиотики применяли менее трети опрошенных. При этом более половины опрошенных не знали точной причины боли в горле и около 30% не обращались к врачу. Вместе с тем данный симптом нередко требует обследование пациента, назначение правильного этиологического лечения.

Таким образом, боль в горле не всегда говорит о заболевании ЛОР-органов и требует более внимательного отношения и обращения к специалисту в случае отсутствия очевидной причины ее появления, а также при затяжном течении.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

К.А. Боровик – студент 1307 гр. лечебного факультета

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научные руководители – д.м.н., проф. Кувишинников В.А., ст. преп. Чепелев С.Н.

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) – это анатомические дефекты сердца, его клапанного аппарата и крупных сосудов, формирующиеся в период эмбрионального развития, в результате которых возникают нарушения гемодинамики, которые могут существенно влиять на состояние здоровья ребенка и, в ряде случаев, требуют немедленного хирургического вмешательства. По имеющимся данным в различных странах мира от 0,6% до 1,4% младенцев рождаются с ВПС. Доказано, что врожденные пороки сердца в большинстве своем имеют мультифакториальную природу. Изучение управляемых факторов риска, влияющих на формирование ВПС у плода, способствует совершенствованию профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты возникновения данной патологии.

Цель исследования. Изучить роль средовых факторов в возникновении врожденных пороков сердца у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 100 медицинских карт детей 2022 года рождения, которые проходили лечение на базе УЗ «3-я городская детская клиническая больница» (г. Минск), с впервые выявленным ВПС (группа N1). Были собраны данные о возрасте матери, течении беременности. Наличие у ребенка ВПС определено по данным ультразвукового исследования сердца ребенка. Для оценки, в качестве возможных факторов риска ВПС были выбраны следующие показатели: возраст матери, наличие в течение беременности кольпита, гепатита С, ВИЧ-инфекции, анемии, гипотиреоза, угрозы прерывания беременности, гестационного сахарного диабета, токсикоза, острых респираторных инфекций, в том числе и COVID-19, а также вредных привычек у матери. Для сравнения взята контрольная группа, состоящая из 100 детей 2022 года рождения, не имеющих ВПС в анамнезе (группа N0).

Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики (сохранение врачебной тайны и конфиденциальной информации).

Обработка и оценка результатов проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2019. Оценка статистической значимости между исследуемыми показателями в группах проводилась с помощью t-критерия Стьюдента, а также изучалась зависимость показателей с помощью коэффициента корреляции Пирсона (r). Уровень $p < 0,05$ рассматривался как статистически значимый.

Результаты исследования. Распределение по полу в исследуемой группе детей с ВПС составило: девочки – 57%, мальчики – 43%. У пациентов данной группы были диагностированы следующие пороки: дефект межпредсердной перегородки (84%), дефект межжелудочковой перегородки (21%), открытый артериальный проток (14%), гипоплазия дуги аорты (4%), гипоплазия перешейка аорты (3%), стеноз легочной артерии (1%), трёхпредсердное сердце (1%), бicuspidальный аортальный клапан (1%). Оценка

распределения возраста матерей, родивших детей с пороком, дала следующий результат: в группе женщин от 21 до 25 лет пороки встречаются с частотой 11%, от 26 до 30 лет – 26%, от 31 до 35 лет – 30%, старше 36 лет – 33%.

Установлено, что при оценке зависимости возраста матери от возникновения ВПС у ребенка выявлена прямая и сильная корреляционная связь ($r=+0,96$) и достоверность различий ($p<0,05$).

Выявлена статистическая значимость различий частоты встречаемости ВПС у детей между группами матерей до 25 лет и старше 35 лет (t -критерий Стьюдента = 7,52, $p<0,001$), что указывает на значимость более старшего возраста матерей в вероятности возникновения ВПС у их детей.

При анализе возможных факторов риска ВПР, взятых из анамнеза беременности, были получены следующие результаты: кольпит в исследуемой группе выявлен в 43 случаях, в контрольной группе в 29 ($p<0,05$), гепатит С диагностирован у 3 матерей, ВИЧ-инфекция у 4, у женщин группы сравнения этих заболеваний не было ($p<0,05$). Наличие вредных привычек у матери – курение, зависимое употребление алкоголя и наркотических средств, было выявлено у 7 матерей группы N1 и у 2 группы N0 ($p<0,05$). Гипотиреоз присутствовал у 10 женщин в исследуемой группе, у 5 в контрольной ($p>0,05$), угроза прерывания беременности была диагностирована у 20 женщин в группе с ВПС, в контрольной группе у 16 ($p>0,05$), гестационный сахарный диабет диагностирован у 2 матерей в группе N1 и у 8 в группе N0 ($p>0,05$). Анемия установлена у 31 женщины (N1) и 34 (N0) соответственно. Токсикоз в первом триместре выявлялся 6 раз, по сравнению с 9 в контрольной группе. Острая респираторная инфекция во время беременности были отмечены 47 раз в исследуемой группе и 50 раз в контрольной, из которых COVID-19 22 и 18 раз соответственно.

Выявлено, что к предрасполагающим факторам ВПС у детей можно отнести наличие у их матерей таких заболеваний как кольпит ($p<0,001$), гепатит С ($p<0,05$) и ВИЧ-инфекция ($p<0,01$). Также на вероятность развития ВПС у детей влияет наличие вредных привычек у матери ($p>0,05$). Тем не менее, влияние таких факторов, как анемия, гипотиреоз, угроза прерывания беременности, гестационный сахарный диабет, токсикоз, острые респираторные инфекции, в том числе и инфекция COVID-19, на развитие ВПС не выявлено.

Выводы. Исходя из полученных данных установлено, что возраст матери является наиболее существенным фактором риска: с увеличением возраста матери увеличивается вероятность формирования ВПС у ребенка. У матерей в возрасте старше 35 лет риск рождения ребенка с ВПС значительно выше ($p < 0,001$). К важным средовым факторам следует отнести кольпит, как инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовой системы ($p<0,001$), наличие подтвержденного гепатита С ($p<0,05$) и ВИЧ-инфекции ($p<0,01$) у матери. Отдельно следует выделить наличие вредных привычек у матери, как возможный фактор риска развития

ВПС ($p>0,05$). Влияние таких факторов, как анемия, гипотиреоз, угроза прерывания беременности, гестационный сахарный диабет, токсикоз, острые респираторные инфекции, в том числе и инфекция COVID-19, на развитие ВПС не выявлено. Представленные результаты должны быть приняты во внимание при планировании и ведении беременности, следует учитывать вышеуказанные заболевания и проходить своевременное и полное лечение. Повышенное внимание необходимо уделять соблюдению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ДО И ПОСЛЕ КОВИДНОЙ ИНФЕКЦИИ

С.И. Исмаилова, А.К. Джанболатова - студентки 319 гр. лечебного факультета
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель – ассистент кафедры М. А. Алискандиева.

Актуальность. Гломерулонефриты – группа иммунных заболеваний почек, характеризующихся первичным поражением клубочков и последующим вовлечением в патологический процесс интерстиция с тенденцией к прогрессированию, переходом в нефросклероз и развитием синдрома хронической почечной недостаточности

В современной нефрологии проблема гломерулонефрита - актуальна, так как гломерулонефрит встречается среди трудоспособного населения молодого и среднего возраста, сложность патогенеза, тенденция к хронизации воспалительного процесса, численность клинических проявлений, необходимость длительного непрерывного лечения, возможность возникновения хронической почечной недостаточности в молодом трудоспособном возрасте определяют актуальность данной проблемы, не всегда удаётся вовремя поставить правильный диагноз гломерулонефрита за счёт скрытых и атипично протекающих форм заболевания. Актуальность проблемы гломерулонефрита поясняется не распространённостью заболевания, а прогредиентным течением болезни с последующим развитием почечной недостаточности. Согласно обобщенной медицинской статистике, в среднем 1 % людей на Земле ежегодно заболевают гломерулонефритом, что соответствует примерно 60 млн человек.

В Российской Федерации ежегодно регистрируется 1-2 случая на 10 000 населения, что составляет 144 500 случаев заболеваемости.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости заболевания гломерулонефритом среди мужчин и женщин, до ковидной инфекции и после.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе данных ГБУ РД «РКБ» имени А.В. Вишневского. Исследовано было 100 историй болезни. Из них 50 историй болезни в период май-июль 2019 года, а оставшиеся 50 историй болезни в период

апрель-июнь 2022 года.

Оценивались следующие показатели: пол, возраст, гемоглобин, уровень креатинина и мочевины. Возраст варьируется от 30 до 70 лет, из 50 исследуемых пациентов за 2019 год мужчин было 20 (40 %) и 30 (60 %) женщин, а за 2022 год 35 (70%) мужчин и 15 (30%) женщин. Ключевым критерием исследования является изменение уровня мочевины и креатинина у пациентов разных полов и возрастов.

Результаты исследования. Количество продуцируемого креатинина зависит от общей массы тела и мышечной массы. Поэтому уровни креатинина у мужчин будут значительно выше, чем у женщин. Чем больше уровень креатинина, тем хуже нарушена функция почек. Так на основании проведенных исследований было выявлено, что за 2019 год у женщин в возрасте от 30 до 45 лет уровень креатинина равен от 217 мкмоль/л до 415 мкмоль/л, а уровень мочевины от 16 до 21 ммоль/л. У мужчин в возрасте от 45 до 55 варьируется от 350 до 500 ммоль/л, а уровень мочевины при этом умеренно повышен, от 27 до 56 ммоль/л.

За 2022 год у мужчин в возрасте от 53 до 70 лет уровень креатинина от 523 до 846 мкмоль/л, а уровень мочевины от 34 до 45 ммоль/л

У женщин в возрасте от 33 до 55 лет уровень креатинина равен от 215 до 480 мкмоль/л, а мочевины от 17 до 29 ммоль/л. Также у всех пациентов был пониженный уровень гемоглобина, у женщин ниже нормы в 2 раза, а мужчин варьируется в пределах 90-110 г/л.

Выводы. По результатам данных проведенного исследования было выявлено, что до ковидной инфекции женщины чаще болели гломерулонефритом, а после ковидной инфекции - мужчины.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА У СТУДЕНТОВ

Е.Е. Денисова, В.М. Прохоров – студенты 306 гр. педиатрического факультета
Кафедра общей гигиены

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск, Россия

Научный руководитель - к. б. н., доцент Л.А. Николаева

Актуальность: В общей сложности распространенность заболеваний желудка в мире среди взрослого населения только возрастает. Согласно Статистическим материалам «Заболеваемость взрослого населения России в 2019 году», выявлено 538 тысяч человек с диагнозом «гастрит», и заболеваемость составила 462,0 на 100000 населения. Эпигастральная боль установлена в 35% случаев гастрита, тошнота – в 22%, раннее насыщение – в 10%, тяжесть после еды - в 7,1%. Частыми симптомами оказались изжога (24%) и регургитация (12%) [8].

По данным 2020 года распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в России варьировала от 11,3 до 23,6 %, а заболеваемость имеет неуклонную тенденцию к росту во всех регионах мира. Изжога является характерным симптомом ГЭРБ, встречается у 83 % больных. Отрыжка как один из ведущих проявлений ГЭРБ наблюдается достаточно часто и обнаруживается у 52 % больных [4].

По данным клинических рекомендаций «Язвенная болезнь» 11 - 14% мужчин и 8 - 11% женщин в течение своей жизни могут заболеть ЯБ [9]. В метаанализе L.H. Eusebi, включавшем 102 исследования и 464 984 человека, суммарная распространенность еженедельной изжоги в различных регионах мира составила 13,3% с колебаниями от 10 до 20% [10]. Аналогичная частота еженедельных симптомов ГЭРБ обнаружена в российском мультицентровом исследовании, включавшем 7812 человек [5]. А также большая степень развития рака желудка у людей с гастритами и язвами желудка [1, 7].

Данные цифры свидетельствуют о том, что за последние годы заболевания желудка стали очень распространенными в мире, по сравнению с ситуацией, которая была раньше. Особо участились случаи нарушений работы желудка среди детского и юношеского возраста. Одной из наиболее уязвимых категорий населения в настоящее время являются студенты. Здоровье этой группы социума вызывает тревогу, т.к. процент «полностью здоровых» снижается с каждым годом. Это связано с тем, что проживание вдали от дома (например, в общежитии), полная ответственность за собственную жизнь, самостоятельная организация работы и досуга, необходимость усвоения и изучения большого количества учебного материала и другой различной информации, дефицит времени на полноценный сон и нерациональное питание - оказывают значительное влияние на здоровье обучающихся. Причины развития заболевания органов пищеварения являются в наше время одной из самых актуальных проблем. К этим причинам относятся: нерациональное питание, стресс, курение, малоактивный образ жизни, алкоголь, наследственная предрасположенность.

Цель: Выявление основных причин развития заболеваний желудка, их распространенности среди студентов г. Иркутск и выраженности симптоматической картины.

Материал и методы исследования: В рамках исследования была разработана и реализована анонимная анкета, направленная на выявление причин развития заболеваний желудка и частой симптоматики, встречающихся у студентов различных вузов города Иркутска: ИГМУ, ИГУ, БГУ, ИрННТУ.

В анкетировании приняли участие 155 человек в возрасте от 18 до 38 лет, среди которых - 129 девушек (83,2%), а юношей 26 (16,8%). Основную группу составили студенты младших курсов (1-3 курс) - 118 человек (76,1%), а также старшие курсы (4-6 курс) - 37 человек (23,8%).

Анкета состояла из 36 вопросов, включающая 3 раздела: общие сведения, основные причины развития и симптоматическая картина заболеваний желудка.

Анализ полученных результатов осуществлялся статистическими методами с помощью программы Google Формы, Google Таблицы и Microsoft Excel.

Результаты исследования: В результате проведенного исследования было выявлено, что у 42 студентов (27,1%) были диагностированы заболевания желудка до поступления в университет. В процессе обучения ситуация ухудшилась, у 16 опрошенных (10,4 %) появились заболевания, ранее отсутствующие. У оставшейся части студентов - 97 человек (62,5 %), заболеваний не отмечалось ни ранее, ни в настоящее время, но они имеют симптомы, которые в дальнейшем могут привести к болезням желудка.

Среди опрошенных студентов наиболее встречающимся заболеванием желудка является гастрит - 44 случая (28,4%). Эпигастральная боль установлена в 12 случаях (26%) гастрита, тошнота – в 7 (14%), изжога – в 5 (12%). Частыми симптомами оказались вздутие живота в 15 случаях (33,3 %) и отрыжка в 18 случаях (40,4%).

Вторым по частоте встречаемости заболеванием желудка является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 12 человек (7,7%). Наиболее характерные симптомы – отрыжка у 9 человек (75%), изжога у 7 студентов (58%), тошнота – у 6 человек (50%), боль в верхней части брюшной полости – в 4 клинических случаях (33,3%), чувство горечи - у 4 человек (33,3%), рвота – в 3 случаях (25%).

Язвенная болезнь желудка проявлялась у 7 человек (4,5%). Ведущим симптомом являются боли в подложечной области, которые отмечают все опрошенные с язвенной болезнью. Часто встречаются изжога и отрыжка кислым – у 5 человек (71,4%), тошнота – у 3 человек (42,8%), запоры – у 2 человек (28,5%). Рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение, наблюдалась у 2 человек (28,5%). При обострении заболевания отмечали похудение 2 студента (28,5%) - снижение веса на $2\pm 0,5$ кг; у 1 человека (14,3%) - на 7,5 кг.

Наследственная предрасположенность влияет на развитие заболеваний желудка в 40% случаев [2]. Среди обследуемых у 100 человек (64,5%) в семейном анамнезе выявляются заболевания желудочно-кишечного тракта.

Гастроэнтерологические болезни часто обозначают как психосоматические, что характеризуется нарушением секреторной и моторной функции желудка. Ощущения страха, вины, безнадежности, неприязни приводят к уменьшению секреции и перистальтической активности желудка; гнев, негодование, тревога - к их увеличению [6]. Эмоциональному стрессу каждый день подвергаются 49 студентов (31,6%), несколько раз в неделю – 68 студентов (43,9%).

Установлено, что алкоголь, а именно этанол, повреждает защитный барьер слизистой оболочки желудка и способствует ее атрофии [3]. Среди студентов 8 человек (5,8%) употребляют алкоголь чаще одного раза в неделю.

Риск развития болезней желудка значительно повышается, если у человека нарушено питание. Так у 71 студента (45,8%) порционно преобладает ужин, не завтракают 48 студентов (31%). Среди опрошенных предожирение выявлено у 24 человек (15,5 %), а ожирение у 12 человек (7,8%). В рационе преобладает жирное у 34 человек (21,9%), жаренное у 72 человек (46,5%), сладкое у 74 опрошенных (47,7%). Фаст-Фуд предпочитают 23 студента (14,8%).

Каждый день употребляют кофе – 54 человека (34,8%), газированные напитки – 23 человека (14,8%). Свежие фрукты и овощи у 10 человек (6,5%) исключены в рационе.

Табакокурение является одним из причин развития язвенной болезни желудка, среди опрошенных выявлено 71 курильщик (45,8 %).

Выводы: По результатам проведенного исследования часто встречающимися заболеваниями желудка являются гастрит, ГЭРБ, язвенная болезнь. Среди основных причин развития выделяются несбалансированное питание, эмоциональный стресс, наследственность, вредные привычки.

Список литературы

1. Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Воробьев С.Л., Попова Е.А. и др. MALT-лимфома и эрозивно-язвенные поражения желудка: современные подходы к дифференциальной диагностике и собственное клиническое наблюдение. Онкогематология. 2019. 14(3). С. 23–37
2. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М., Медицина. 1995. С. 13-85.
3. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. М., Медицинское информационное агентство. 2004. С. 90-94, 184-238.
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. 2020. 45 с.
5. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С., Васильев Ю.В. и др. Результаты многоцентрового исследования «эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ). Терапевтический архив. 2011. 83(1). С.45–50.
6. Лопатина В.В. Факторы риска в развитии язвенной болезни. ЗНиСО. 12(225). С.16-18.
7. Маев И.В., Андреев Д.Н., Кучерявый Ю.А. MALT-лимфома желудка: современное состояние проблемы. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2015. 6. С. 3–9.
8. Российская гастроэнтерологическая ассоциация, ассоциация «Эндоскопическое общество РЭНДО». Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит». 2021. 67 с.
9. Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское общество колоректальных хирургов, Российское эндоскопическое общество. Клинические рекомендации Язвенная болезнь. 2020. 84 с.

10. Eusebi L.H., Ratnakumaran R., Yuan Y., Solaymani-Dodaran M. et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. Gut. 2018. 67(3). P. 430–440.

ЗАВИСИМОСТЬ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

**А.В Кокорев, Д.А. Немчанинова – студенты 515 группы, педиатрического факультета,
С. А. Корепин, К. Д. Охотникова – студенты 523 группы, педиатрического факультета
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический**

медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.В. Иванов

Актуальность. Язвенный колит – это заболевание желудочно-кишечного тракта, поражающее слизистую толстой кишки с возникновением эрозий и язв. Тяжесть заболевания оценивается на основании предъявляемых жалоб пациента, как внутрикишечных, так и внекишечных, и заключений эндоскопической картины поражения толстой кишки при видеоилеколоноскопии. Однако, сложность подготовки к колоноскопии и ее инвазивность не позволяют выполнять исследование с малой периодичностью, поэтому часто врачу необходимо определять тактику ведения пациента без эндоскопических данных.

Цель. Определить зависимость глубины поражения слизистой оболочки толстой кишки от клинической картины у пациентов с язвенным колитом.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование данных 106 пациентов с диагнозом язвенный колит, которым проводилась оценка предъявляемых специфических для язвенного колита жалоб и заключений илеколоноскопии, на базе городского центра воспалительных заболеваний кишечника СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». Анализ данных проводился с помощью пакета статистических программ SPSS Statistics 17.0. Он включал в себя оценку корреляционных связей между данными эндоскопической картины заболевания и жалобами пациента (коэффициент корреляции Спирмена). По данным колоноскопии пациенты были разделены на две группы. К первой были отнесены пациенты, у которых на ВКС было отмечено гиперемия слизистой оболочки толстой кишки, либо отсутствовало поражение, ко второй – пациенты, имеющие эрозии и/или язвы слизистой оболочки толстой кишки.

Результаты исследования. В изучаемой выборке на момент обследования количество мужчин и женщин было равным, средний возраст составил 37 лет. При построении корреляционной матрицы было отмечено, что в структуре жалоб у пациентов с язвенным колитом чаще наблюдаются нарушения со стороны стула: его учащение ($r=0,616$; $p<0,001$),

изменение консистенции в сторону неоформленного, жидкого или кашицеобразного ($r=0,518$; $p<0,001$), появление крови или слизи в стуле ($r=0,404$; $p<0,001$), боли или дискомфорт в животе ($r=0,268$; $p=0,005$). Значения в скобках соответствуют значению коэффициента Спирмена и уровень статистической значимости соответственно. При оценке данных ВКС было выявлено, что у 28,3 % пациентов с язвенным колитом отсутствовало поражение слизистой, при наличии поражения чаще в данной выборке встречался левосторонний колит и эрозивное повреждение слизистой оболочки толстой кишки. Наиболее сильные корреляционные связи были отмечены между учащением стула, изменением его консистенции и появлении в нем крови. При анализе корреляционных связей между жалобами пациентов с язвенным колитом и данными ВКС было выявлено, что наличие всех жалоб имели прямопропорциональные связи как с глубиной, так и с протяженностью поражения заболевания. Учащение стула связано с глубиной поражения при $r=0,372$; $p<0,001$, а протяженностью поражения при $r=0,417$; $p<0,001$; изменение консистенции стула связано как с глубиной поражения слизистой оболочки толстой кишки, так и с протяженностью поражения ($r=0,351$; $p<0,001$; $r=0,437$; $p<0,001$ соответственно). При наличии крови в стуле корреляционная связь составила $r=0,492$; $p<0,001$ с глубиной поражения, а с протяженностью поражения - $r=0,519$; $p<0,001$.

Заключение. В результате исследования были выделены отличительные специфические жалобы пациентов с язвенным колитом, не зависящие от полового признака, с помощью которых можно диагностировать вероятное наличие повреждения слизистой оболочки толстой кишки в виде эрозий и язв при колоноскопии.

ВЛИЯНИЯ ХАРАКТЕРА РЕФЛЮКТАНТА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЭРБ

А.Д. Валишина, Д.М. Халилова - студентки л4056 гр. лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Г.М. Сахаутдинова

Актуальность. По данным всероссийской ассоциации гастроэнтерологов ГЭРБ считается одним из наиболее распространенных заболеваний, процент которого составляет от 11,3 до 23,6 % [4][3]. Прогрессирующая симптоматика не только ухудшает качество жизни, но и способствует формированию предраковых состояний, а именно пищевода Барретта, с возможной его малигнизацией и переходом в аденокарциному.

С каждым годом растет число пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ. В данной статье были проведены анализ и сравнение клинико-эндоскопические особенностей течения ГЭРБ с разным генезом.

Цель. Сравнить клинические проявления ГЭРБ в зависимости от природы рефлюктанта.

Материалы и методы. Проведение ретроспективного анализа амбулаторных карт и анкет шкалы GIS - оценки тяжести течения ГЭРБ 60 пациентов, наблюдавшихся в поликлиническом отделении ГБУЗ РБ ГKB №5 за 2022-2023 года.

Диагноз ГЭРБ выставлен на основании данных анамнеза, шкалы GIS, инструментальной диагностики: ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, в соответствии с рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ГЭРБ 2020 г. [1][2].

Пациенты были разделены на 2 группы, в которых 30 (50%) пациентов с ГЭРБ с гастроэзофагеальным рефлюксом и 30 (50%) с ГЭРБ с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГР) в возрасте от 40 до 49 лет.

Критерии включения в группу: возраст от 40 до 49 лет; диагноз ГЭРБ с типичными пищеводными проявлениями (изжога, регургитация, загрудинная боль, отрыжка); диагноз «эрозивный рефлюкс-эзофагит стадии В» в соответствии с Лос-Анджелесской классификацией (по результатам эндоскопии); диагноз ГЭРБ с внепищеводными проявлениями при исключении других причин, связанных с коморбидной патологией; проведение теста с ингибитором протонной помпы и быстрого уреазного дыхательного теста.

Оценивались клинические симптомы, степень тяжести ГЭРБ по шкале GIS, образ жизни, качество сна, телосложение, ИМТ, вредные привычки, а также данные эндоскопического исследования и УЗИ органов брюшной полости.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием точного критерия Фишера с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2x2. Силу ассоциаций оценивали в значениях показателя соотношения шансов (Odds Ratio, OR, при $p < 0,05$). Количественные данные оценивались попарно с использованием t-критерия Стьюдента, нормальность распределения по критерию Колмогорова-Смирнова.

Результаты и обсуждение. В 1 группе с гастроэзофагеальным рефлюксом нами было установлено преобладание: мужчин (80%; ОШ 16; ДИ (4,51-56,69), среднего возраста ($44,8 \pm 1,97$), астенического типа телосложения (70%; ОШ 32,6; ДИ 6,38-167,26), ИМТ ($19,5 \pm 3,4$), курящих (56%; ОШ 5,23; ДИ 1,65-16,51), тяжелого физического труда (67%; ОШ 13; ДИ 3,55-47,59), нарушения сна, связанное с ночными из-за изжоги (76%; ОШ 5,68; ДИ 1,84-17,49).

Во 2 группе с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом большинство женщин (80%; ОШ 16; ДИ 4,51-56,69), средний возраст ($42,8 \pm 1,69$), гиперстеники (66,6%; ОШ 18; ДИ 4,38-74,0), ИМТ ($25 \pm 3,1$), без вредных привычек, преобладает легкий труд (87%; ОШ 42,25; ДИ 9,54-187,21).

Клинико-инструментальные данные исследуемых групп.

В клинике 1 группы пациентов наблюдается легкая (37%; ОШ 35,97; ДИ 2,0-645,82) и средняя (63%; ОШ 4,75; ДИ 1,58-14,24) степень тяжести заболевания и типичные пищеводные проявления. При проведении ФГДС характерна картина катарального эзофагита, хронический

неатрофический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*. (77%; ОШ 95,29; ДИ 10,93-830,75). УЗИ картина органов брюшной полости без особенностей.

Во 2 группе превалирует тяжелая степень (73%; ОШ 161,47; ДИ 8,85-2944,99) и внепищеводные симптомы. Клинические результаты о наличии пищеводных и внепищеводных симптомов соответствуют Монреальской классификации ГЭРБ [5]. При проведении ФГДС визуализировалась картина эрозивного эзофагита стадии В и был выявлен химический гастрит, ассоциированный с желчью. В УЗИ картине определялась дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП).

Выводы.

1. Таким образом в группе риска находятся пациенты, имеющие гиперстенический тип телосложения, избыточную массу тела, снижение двигательной активности и курение. Поэтому им необходима коррекция данных модифицируемых факторов.

2. Пациентам с гастродуоденальным рефлюксом присуще более тяжелое клиническое течение заболевания с внепищеводными проявлениями, по сравнению с пациентами с гастральным рефлюксом, что обусловлено более агрессивным содержимым двенадцатиперстной кишки.

3. В зависимости от природы рефлюктанта необходим дифференцированный подход к подбору фармакологической терапии ГЭРБ. Рекомендуется применение препаратов для подавления желудочной секреции и ИПП при лечении ГЭРБ гастральным рефлюксом. Для лечения ГЭРБ с дуоденальным рефлюксом препараты для нейтрализации щелочи. Кроме того, при выявлении ДЖВП необходимо контролировать состояние пищевода для предотвращения щелочного заброса и формирования дуоденального рефлюкса.

Список литературы:

1.Ивашкин В.Т., Маев И.В., и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):70–97.

2.Маев И.В., Андреев Д.Н., Овсепян М.А., Баркалова Е.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: факторы риска, современные возможности диагностики и оптимизации лечения. Медицинский совет. 2022;16(7):16–26.

3.Седякина Ю.В., Шамуилова М.М. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике терапевта поликлиники: terra incognita. Consilium Medicum. 2020; 22 (8): 9–26.

4.Цуканов В.В., Васютин А.В., Тонких Ю.Л. Новые международные рекомендации по ведению пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезн S.V., Kahrilas P., Dent J., Jones R., Global Consensus Group The Montreal. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence- based consensus. Am J Gastroenterol. 2006;101(8):1900–1920.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРСИСТЕНЦИИ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

К.О. Матвеева, М.М. Светлова – студентки 527 гр. педиатрического факультета
Кафедра факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Научные руководители - к.м.н., ассистент Соусова Я.В., к.м.н., доцент Барышникова Н.В.

Актуальность: Инфекция *Helicobacter pylori* является актуальной проблемой современной медицины, в частности из-за потенциальной канцерогенности микроорганизма

Цель исследования: Провести анализ факторов риска и анамнестических особенностей у *H. pylori*-инфицированных пациентов разного возраста.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 126 взрослых пациентов в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст $44,8 \pm 15,1$ года) и 19 детей в возрасте от 9 до 17 лет (средний возраст $14,3 \pm 2,7$ года), инфицированных *H. pylori*. Верификация инфекции проводилась с помощью быстрого уреазного теста. Все обследуемые заполняли стандартизированный опросник для оценки факторов риска инфицирования *H. pylori*, данных анамнеза, приема лекарственных препаратов. Статистическая обработка данных проводилась при помощи SPSS Statistics 27.0.1.

Результаты исследования: Большинство взрослых пациентов предпочитало смешанное питание – 69,1% и лишь 5,6% питались только в общественных местах. Среди детей преобладало смешанное питание – 42,1%, домашнее питание предпочитали 31,6%, 26,3% питались только в общественных местах, что может быть связано с особенностями поведения подростков. Большинство опрошенных взрослых и лиц моложе 18 лет проживало в отдельной квартире – 90,5% и 73,7% респондентов, соответственно. Статистически значимых различий по характеру питания и проживания не выявлено. Общественным транспортом чаще пользовались обследованные моложе 18 лет: 84,2% против 53,2% взрослых ($p=0,014$). Данные по наследственной предрасположенности к язвенной болезни существенно не различались в обеих группах.

Обезболивающие принимали 58,73% опрошенных взрослых: антациды – 26,2%, ингибиторы протонной помпы – 45,2%, спазмолитики – 19,8%, НПВП – 8,7%; 26,3% опрошенных детей (60% - антацидов, 40% - спазмолитики). Антибиотики для лечения инфекции у взрослых назначались в 43%, у детей – в 36,8% случаев ($p=0,01$). Частота обострений язвенной болезни была сравнительно выше у взрослых пациентов: 2:1 случаю в год ($p=0,012$). Корреляционный анализ показал, что лица с более низким уровнем образования реже принимали антибиотики в терапии язвенной болезни ($-0,274$, $p=0,009$), что говорит о низкой

приверженности к лечению данной категории больных.

Выводы: По пищевому, наследственному и основным социальным факторам риска между взрослой и детской популяцией различий не выявлено. Частота использования общественного транспорта была выше среди пациентов в возрасте до 18 лет. Различные лекарственные препараты для снижения боли чаще принимали взрослые и, в отличие от пациентов младше 18 лет, нередко прибегали к использованию НПВП, что не рекомендуется при причине ulcerогенного действия данной группы препаратов, а также может «смазать» клинические проявления язвенной болезни и затруднить диагностику заболевания. Частота эрадикационной терапии в обеих группах намного ниже, чем постулируется в российских и международных рекомендациях.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРБЕГОЛИН-ИНДУЦИРОВАННОГО
НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО ПОРОКА СЕРДЦА**
С.Г. Исаева, М.Р. Грипп, И.С. Бабкова, Ю.С. Бусыгина, Д.Д. Золочевская
Кафедра эндокринологии ИКМ

ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия
Научный руководитель: – к.м.н., доцент Е.В. Гончарова

Карбеголин, агонист дофаминовых рецепторов-2, используется в лечении ряда заболеваний, сопровождающихся гиперпролактинемией, а также болезни Паркинсона. Несмотря на высокую эффективность в отношении коррекции основного заболевания, в последние годы рядом исследователей были предоставлены данные о более высокой частоте распространенности клапанной недостаточности сердца (от умеренной до тяжелой степени) среди пациентов, получавших лечение.[1] Возможное негативное влияние карбеголина на клапанный аппарат сердца в дальнейшем был оподтвержден результатом мета-анализа, обобщившего данные всех существующих и представленных в литературе наблюдений. Среди наиболее часто наблюдаемых патологий, наблюдаемых на фоне проводимой терапии являлась клапанная недостаточность, при этом различия в частоте наступления поражения того или иного клапана выявлено не было. [2,3] Одним из спорных вопросов, являлся вопрос о влиянии дозировки на частоту развития клапанных пороков. [4] На данный момент более высокие дозировки и длительный период приема препарата выделяются как факторы, ассоциированные с повышенным риском развития нежелательных побочных реакций. Учитывая частоту и высокие риски развития патологии у таких пациентов необходимо подчеркнуть важность разработки специальных алгоритмов наблюдения за такими пациентами.

Цель. Продемонстрировать редкий клинический случай неревматического аортального порока сердца вследствие лечения карбеголином.

Материалы и методы: Описан клинический случай наблюдения пациентки 50 лет с неревматическим аортальным пороком сердца, на фоне длительного, бесконтрольного приема каберголина в течение 13 лет. Использование аналитического, логического методов, результатов анамнеза и объективного осмотра пациента, методов лабораторной, функциональной диагностики.

Описание клинического случая. Больная А., 50 лет обратилась в клинику пропедевтики внутренних болезней Сеченовского университета имени И. М. Сеченова с жалобами на одышку при быстрой ходьбе и подъеме на 2 этаж, а так же на субъективное ощущение перебоев в работе сердца, ощущение сердцебиения при нагрузках.

Из анамнеза: в 2008 году обратилась к врачу эндокринологу по поводу головных болей. В ходе обследования было диагностировано заболевание: микроаденома гипофиза, (уровень пролактина около 1000мк МЕ/мл), по поводу которого пациентке был рекомендован прием каберголина в дозировке 0,5 мг 2 раза в неделю. При повторном обращении к врачу – эндокринологу в 2017 году с целью динамического наблюдения на фоне проводимой терапии были отмечены нормализации уровня пролактина в крови и отсутствие визуализации образования по данным контрольной МРТ головного мозга, а также нормализации уровня пролактина. С этого времени было принято решение о снижении рекомендованной дозировки каберголина в двое. В дальнейшем пациентка прекратила наблюдение у врача-эндокринолога, продолжив самостоятельный прием каберголина, согласно назначению врача. С 2017 года отмечала повышение АД до 150 и 90 мм.рт.ст. и головные боли, по поводу чего врачом-кардиологом по месту жительства был рекомендован прием лозартана в дозировке 12,5 мг по утрам. В 2019 году в амбулаторных условиях была проведена ЭХО-КГ, в ходе которой был выявлен умеренный стеноз аортального клапана. Признаки стеноза аортального клапана лёгкой степени.

С апреля 2021г пациентка стала отмечать частое повышение АД, ощущения сердцебиения и перебоев в работе сердца при нагрузке, а так же появление одышки при ранее переносимой нагрузке. В связи с ухудшением состояния обратилась в клинику пропедевтики внутренних болезней и. В.Х. Василенко для обследования.

Из анамнеза жизни: родилась в 1963 году в Москве, работает финансовым аналитиком. Росла и развивалась соответственно возрасту. Профессиональные вредности: отрицает. Вредные привычки: отрицает. На момент обращения: Состояние больной удовлетворительное. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Sat O₂ 99%. По данным физикального осмотра было отмечено смещение границ сердца влево и усиление верхушечного толчка. Пульс на сонной артерии слабый и отстающий по времени. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке сохранен, 2 тон над аортой ослаблен, грубый систолический шум над всеми точками аускультации, с максимумом над аортой, проводится на сосуды шеи и в яремную ямку.

Короткий ранний диастолический шум в точке Боткина-Эрба, в 3-4 межреберье у левого края грудины, усиливается в горизонтальном положении на выдохе, при наклоне вперед. Артериальное давление 150/90 мм.рт.ст. Пульс 76 ударов в минуту. Тест с 6-минутной ходьбы 300 метров (в норме 450м). **По результатам лабораторных и функциональных исследований:** Показатели общего анализа крови, общего анализа мочи, коагулограммы, а также уровень пролактина соответствуют норме. Заключение ЭХО-КГ.: Умеренно выраженный стеноз аортального клапана. Аортальная недостаточность 2 степени. Глобальная и локальная систолическая функция гипертрофированного левого желудочка не нарушена. Диастолическая дисфункция левого желудочка 1 типа. Отмечался кальциноз створок аортального клапана. Расширение восходящего отдела аорты. Проплапс митрального клапана. Митральная недостаточность 1 степени. Трикуспидальная недостаточность 1 степени.

Результаты. В совокупности, учитывая данные ЭХО-КГ (2019, 2021), где прослеживается прогрессирование стеноза аортального клапана, анамнестические данные пациентки, динамику развития клинической картины было выдвинуто предположение и взаимосвязи развившейся патологии с приемом каберголина.

Демонстрация этого клинического случая интересна, тем что аортальный порок сердца возник у пациентки, которая принимала по поводу микроаденомы гипофиза в течение 13 лет каберголин без контроля со стороны крови и ЭХО-КГ в течение последних 5 лет.

В настоящее время прием препарата был отменен. Пациентке была рекомендована консультация кардиохирурга для решения вопроса о дальнейшей хирургической коррекции патологии.

Заключение: Данное клиническое наблюдение подчеркивает важность тщательного наблюдения пациентов, получающих каберголин, не только врачом-эндокринологом, но и специалистом кардиологического профиля с регулярным обследованием и проведением ЭХО-КГ.[5] Прогноз таких пациентов зависит от своевременности назначенного лечения, в то время как поздняя диагностика способна значительно повлиять на качество и продолжительность жизни пациента.

Список литературы.

1. Stiles C.E. et al. Incidence of Cabergoline-Associated Valvulopathy in Primary Care Patients With Prolactinoma Using Hard Cardiac Endpoints // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2021. Vol. 106, № 2. P. e711–e720.
2. De Vecchis R., Esposito C., Ariano C. Cabergoline use and risk of fibrosis and insufficiency of cardiac valves: Meta-analysis of observational studies // Herz. 2013. Vol. 38, № 8. P. 868–880.

3. Tran T. et al. Risks of Cardiac Valve Regurgitation and Heart Failure Associated with Ergot- and Non-Ergot-Derived Dopamine Agonist Use in Patients with Parkinson's Disease: A Systematic Review of Observational Studies // CNS Drugs. 2015. Vol. 29, № 12. P. 985–998.
4. Schade R. et al. Dopamine Agonists and the Risk of Cardiac-Valve Regurgitation // N. Engl. J. Med. 2007. Vol. 356, № 1. P. 29–38.
5. Steeds R.P. et al. Echocardiography and monitoring patients receiving dopamine agonist therapy for hyperprolactinaemia: a joint position statement of the British Society of Echocardiography, the British Heart Valve Society and the Society for Endocrinology // Echo Res. Pract. 2019. Vol. 6, № 1. P. G1–G8.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРФАНА

З.М. Саидова, А.Т. Бейбалаева – ассистенты кафедры

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководитель: д.м.н., проф. С.Ш. Ахмедханов,

Актуальность. Синдром Марфана (СМ) - заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, относится к группе наследственных патологий соединительной ткани. Около 75% случаев СМ носит семейный характер, 25% - мутации de novo. Заболевание обусловлено наличием мутаций гена FBN1, расположенного на длинном плече 15 хромосомы (15q21.1), кодирующего основной компонент микрофибрилл - фибриллин-1 [1; 2]. Комплексы микрофибрилла с эластином представляют собой эластические волокна. Дефектом микрофибрилл специалисты объясняют разнообразные проявления СМ. Еще одной причиной, участвующей в появлении симптоматики при СМ, ученые называют накопление избыточного количества TGF- β , оказывающих влияние на тонус мышц сосудов. Доказано, что повышение уровня TGF- β способствует склонности стенки аорты к расслоению [3].

Впервые признаки заболевания были отмечены офтальмологом Э. Вильямсом, выявившим патологию хрусталика у членов одной семьи, имеющих высокий рост и гипермобильные суставы. В дальнейшем оно было описано профессором А. Марфаном, чье имя и получило, как прогрессирующее заболевание скелета у одной из пациенток [4]. По данным различных клинических исследований, частота регистрации синдрома Марфана составляет 2 человека на 3-10 тыс. населения [5]. Без должного наблюдения и лечения продолжительность жизни пациентов не превышает 30-40 лет, а причиной смерти является сердечно-сосудистая патология (разрывы аневризм и сердечная недостаточность) [6].

Цель исследования. Отразить значимость современной диагностики наследственных нарушений соединительной ткани.

Материалы и методы исследования. Представлены материалы истории болезни пациента Н.Р.В, 2004 г.р., который обратился в клинику с жалобами на боли в мышцах ,костях, усиливающиеся при физической нагрузке, выраженную общую слабость, потливость, одышку при физической нагрузке, проходящую в покое *Из анамнеза заболевания.* Рос и развивался соответственно возрасту. Считает себя больным с детства. Находился на учете у педиатра с диагнозом: синдром Марфана. Неоднократно лечился стационарно в ДРКБ и амбулаторно с некоторой положительной динамикой. Около 3-4 лет назад стала беспокоить одышка при физической нагрузке, подъемы АД до 180/100 мм. рт. ст., принимал конкор, препараты Магния.

У пациента в возрасте 6 лет был выявлен подвывих хрусталика, в 7 лет, по данным эхокардиографии (ЭХОКГ) сердца, - пролапс митрального клапана, эксцентричное расположение аортального клапана, трабекула в левом желудочке. С 2012 г. (8 лет) периодически стали беспокоить ноющие боли в сердце при физической нагрузке, сердцебиение, что послужило поводом для обследования пациента в условиях стационара. *При осмотре:* рост 200 см, вес 100 кг, гиперстенического телосложения, арахнодактилия кистей и стоп, асимметричная килевидная деформация грудной клетки, кифотическая осанка, правосторонний грудной, левосторонний поясничный сколиоз. В области сердца отмечается пульсация во II-IV межреберье (м/р) слева. Аускультативно: I тон на верхушке ослаблен, над всей областью сердца, максимально на верхушке, выслушивается грубый систолический шум, в III м/р - короткий диастолический шум. Осмотр окулиста: visus 0,1/0,1, двухсторонний подвывих хрусталиков, оптические среды прозрачные, глазное дно: наблюдается отсвет из-за положения хрусталика, диски зрительных нервов серо-розовые, слегка ступеваны границы, сосуды обычного цвета и калибра, перераспределение пигмента на сетчатке. Электрокардиография (ЭКГ): синусовая аритмия 79-100 в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца. Нарушение проведения по правой ножке п.Гиса. Фонокардиография (ФКГ): I тон не резко снижен над верхушкой сердца, расщеплен. II тон удовлетворительный, расщеплен. Над всей областью сердца регистрируется поличастотный систолический шум с максимумом на верхушке и в IV м/р слева от грудины, где шум высокой амплитуды, непостоянно примыкает к I тону, занимает 3/4 систолы, сливаясь со II тоном; в 3 м/р слева от грудины систолический шум средней амплитуды, менее интенсивный. В области основания сердца регистрируется систолический шум низкой амплитуды, занимающий 3/4 систолы во 2 м/р слева и 2/3 систолы во II м/р справа от грудины. ЭХОКГ заключение: Полость левого желудочка слегка расширена .Легкая гипертрофия миокарда левого желудочка .Глобальная сократимость миокарда несколько диффузно снижена/относительный гипокинез среднего сегмента нижней стенки ЛЖ.Легкое уплотнение с некоторой асимметрией створок аортального клапана с регургитацией 1 ст. Легкий прогиб и уплотнение митрального клапана с регургитацией 1 ст.Регургитация на ТК 1 ст.

В результате проведенного обследования впервые был выставлен диагноз: болезнь Марфана и рекомендована консультация в НИИ педиатрии г. Москва, от которой родители отказались.

Результаты и их обсуждение. *Результаты. ОАК:* эритроциты – $5,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$, гемоглобин - 136 г/л, тромбоциты - $230 \times 10^9/л$, СОЭ - 3 мм/час. *ОАМ:* плотность - >1.026 , pH-5.5, лейкоциты - нет, белок - нет. *БАК:* общий белок - 73 г/л, билирубин общ. - 9 мкмоль/л, глюкоза - 5.1 ммоль/л, креатинин - 68.4 мкмоль/л, холестерин - 4.6 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л, натрий 139,4 ммоль/л, С-реактивный белок - отриц. *Группа крови В(II):* Rh«+». Маркеры вирусных гепатитов В, С, ВИЧ, RW: отр. *ЭКГ:* ритм синусовый, ЧСС – 62 в минуту. Атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада) II степени, Мобиц II. Одиночные наджелудочковые экстрасистолы. Блокада левой ножки п.Гиса (БЛНПГ). *УЗИ щитовидной железы:* структурные изменения не выявлены. Размеры в пределах нормы. *При ЭХОКГ исследовании* левое предсердие (ЛП) 51 мм (в четырехкамерной позиции 54х60 мм), конечный систолический размер (КСР) 41 мм, конечный диастолический размер (КДР) 58 мм, конечный систолический объем (КСО) 74 мл, конечный диастолический объем (КДО) 169 мл, ударный объем (УО) 95 мл, фракция выброса (ФВ) 56%; митральный протез - движение створок в полном объеме, градиент давления: пиковый 17,9 мм рт. ст., среднесистолический 8,2 мм рт. ст. Легочная артерия и легочный клапан без особенностей. Трикуспидальный клапан – пластика, створки подвижные. Фиброзное кольцо 31 мм, градиент давления пиковый 4,2 мм рт. ст. Межпредсердная перегородка – движение сглажено, межжелудочковая перегородка – интактна. Заключение: состояние после операции Bentall de Bono – протезирование митрального клапана, пластики трикуспидального клапана. Функция протезов удовлетворительная. Пластика состоятельная. ХМ ЭКГ: в течение суток преобладает синусовый ритм, частота сердечных сокращений (ЧСС) от 46 в минуту (в период отдыха), до 140 в минуту (на фоне физической активности) в среднем 72 в минуту. Эпизоды замедления АВ проведения вплоть до АВ - блокада I ст. (PQ до 246 мс), эпизоды АВ-блокады II ст. II типа, АВ-блокады II ст. 2:1, далекозашедшей АВ-блокады. Частые предсердные политопные экстрасистолы, всего: 3552 за сутки, из них - 1412 блокированные. За время мониторинга зарегистрировано 18 пауз ритма 2.0-2.8. Большинство пауз и поздних сокращений связаны с блокированными предсердными экстрасистолами и часть из них с эпизодами атриовентрикулярной и синоатриальной (СА) блокад. Частые политопные желудочковые экстрасистолы (1019 за сутки), в т.ч. 6 политопных пар. Большее время суток ЭКГ с признаками нарушения внутрижелудочкового проведения по левой ножке пучка Гиса (ЛНПГ) с глубокими «-» зубцами Т по всем 3 каналам, тенденция к горизонтальной депрессии ST в покое, углубление депрессии и появление консолидации ST при нагрузках. За сутки несколько эпизодов изменения степени нарушения проведения по левой ножке пучка Гиса (от блокады

передней ветви левой ножки до полной блокады левой ножки п.Гиса). Пациент проконсультирован в НКО НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева и направлен на имплантацию электрокардиостимулятора (ЭКС). После имплантации ЭКС по данным *ХМЭКГ*: пациенту имплантирован двухкамерный стимулятор типа DDD, установленный в связи с осложнениями основного заболевания: CCCY. Подавляющее время исследования регистрировалась блокада левой ножки пучка Гиса (единичные желудочковые комплексы с нормальным проведением). На протяжении суток спонтанный синусовый ритм, преимущественно с исходным замедлением АВ-проведения, замещался стимулированными предсердными и желудочковыми комплексами (при достижении порога стимуляции), а также сливными и псевдосливными сокращениями. Максимальная частота желудочковых сокращений (ЧЖС) 140 уд/мин зарегистрирована в период бодрствования, минимальная 48 уд/мин – в ранние утренние часы. За период наблюдения имели место нарушения ритма: наджелудочковые экстрасистолы (332 за сутки), большая часть из которых с абберрантным проведением, остальные – блокированные предсердные с последующими стимулированными сокращениями, желудочковые экстрасистолы (359 за сутки). Анализ динамики сегмента ST не информативен. Нарушений в работе ЭКС не зарегистрировано.

В настоящее время пациент принимает фенилин 30 мг 1,5 т. в сутки, небилет 5 мг, диувер 5 мг, аторвастатин 20 мг.

Пациент находится на диспансерном учете в поликлинике по месту жительства и проходит ежегодное обследование в НКО НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева у специалистов центра.

Обсуждение. В настоящее время отмечается рост наследственных и врожденных заболеваний соединительной ткани во всем мире [5]. Благодаря совершенствованию медико-генетических знаний мы можем распознавать на ранних этапах наследственную изменчивость, ведущую к вариациям нормальных признаков либо к наследственным болезням, в том числе и синдрома Марфана. В статье представлен клинический случай семейной формы синдрома Марфана. Отец пациента умер от расслаивающейся аневризмы аорты, являющейся одним из важных и специфических признаков данного заболевания, дедушка пациента умер в молодом возрасте, причиной смерти являлось сердечно-сосудистое заболевание, точная причина не установлена. Со слов пациента, дедушка был высокого роста, худой, имел нарушение зрения, что позволяет предположить наличие СМ. СМ всегда вызывал интерес кардиологов, т.к. прогноз заболевания полностью определяется степенью изменения сердечно-сосудистой системы. Раннее выявление данного заболевания, современные методы диагностики и своевременно проведенное хирургическое лечение, возможно, позволили бы увеличить продолжительность жизни родственникам нашего пациента.

СМ диагностировали у пациента в детском возрасте, он находился под постоянным наблюдением педиатра, кардиолога детской, а затем и взрослой поликлиник. Заболевание

пациента неуклонно прогрессировало, в возрасте 16 лет предлагалось оперативное лечение, от которого родители отказались по финансовым соображениям. Пациент длительное время находился на медикаментозной терапии, принимал β -блокаторы, однако спустя 16 лет ему было проведено оперативное лечение из-за угрозы расслаивающейся аневризмы аорты, а в последующем потребовалась и имплантация кардиостимулятора из-за появления нарушений проводимости. Своевременно проведенные хирургические вмешательства позволили продлить жизнь пациента и улучшить ее качество. Пациент продолжает находиться под постоянным наблюдением кардиолога по месту жительства. Такой мониторинг обусловлен вероятностью прогрессирования заболевания (поражения клапанного аппарата и аорты) и возможной необходимостью реопераций в силу прогрессирующего характера течения основной патологии [9; 10].

Вывод. Ведение больных с синдромом Марфана требует комплексного и мультидисциплинарного подхода. Ранняя диагностика и своевременная терапия сосудистых осложнений является чрезвычайно важным процессом и определяет прогноз жизни пациентов.

Список использованной литературы:

1. Наследственные нарушения соединительной ткани в кардиологии. Диагностика и лечение. Российские рекомендации (I пересмотр) // Российский кардиологический журнал. 2013. № 1 (99). Приложение 1. С. 10-13.
2. Dietz H.C., Pyeritz R.E. Mutations in the Human gene for fibrillin-1(FBN1) in the Marfan syndrome and related disorders. Hum Molec.Genet. 1995. no 4. P.1799-1809.
3. Keramati Ali R, Sadeghpour Anita, Farahani Maryam M, Arya Mani. The non-syndromic familial thoracic aortic aneurysms and dissections maps to 15q21 locus. BMC Med Genet. 2010. no 11. P. 143.
4. Marfan A.B. Un cas de deformation congenital des quatre membres plus prononcee aux extremities caracterisee par l'allongement des os avec un certain degre d'amincissement. Bulletins Et Memoires De La Societe Medicale Des Hopitaux De Paris. 1896. Vol. 13. P. 220-226.
5. ESC Guidelines for management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). European Heart Journal. 2010. Vol.31. no 23. P. 2915–2957.
6. Romaniello F., Mazzaglia D., Pellegrino A. Grego S, Fiorito R, Ferlosio A. Chiariello A., Orlandi A. Aortopathy in Marfan syndrome: an update. Cardiovasc Pathol. 2014. Vol. 23. no 5. P. 261-266.

COVID-19 КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ, ПОСТУПИВШИХ В ОТДЕЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

**Н.С. Стрекаева, В.С. Протасова, Р.Т. Нуриева - студентки 4 курса лечебного факультета
Кафедра факультетской терапии**

Актуальность. COVID-19 сопровождается развитием осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, одним из которых являются нарушения сердечного ритма. Однако данные, касающиеся аритмий у пациентов с экстренной кардиологической патологией в период пандемии, в настоящее время нельзя считать достаточными.

Цель. Сопоставить клинические показатели и характеристики нарушений ритма по данным холтеровского мониторирования у больных, поступивших в отделение лечения острого инфаркта миокарда до пандемии и через 2 года после ее начала.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование, в которое были включены 199 пациентов, последовательно поступивших в экстренном порядке с кардиальной патологией в УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева, которым было выполнено холтеровское мониторирование, из которых 99 пациентов 2018 года (до COVID-19) и 100 пациентов 2022 года (через 2 года после начала COVID-19) в возрасте от 31 и до 90 (мужчин - 97, женщин - 102).

Учитываемые параметры: пол, возраст, а также показатели холтеровского мониторирования: основной ритм, средняя частота сердечных сокращений, нарушения сердечного ритма, в том числе желудочковые и наджелудочковые, единичные и групповые экстрасистолы, пароксизмы наджелудочковых тахикардий (ПНЖТ).

Анализ проводился с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), CROSSTABULATION и непараметрического корреляционного анализа.

Результаты исследования. По сравнению с “доковидным” периодом в изучаемых показателях произошли следующие изменения. Средний возраст обследуемых в 2022 году оказался значимо ($p < 0.05$) ниже, чем в 2018. Так, у пациентов мужского пола средний возраст до пандемии составлял $62,3 \pm 12,8$, а после пандемии $59,6 \pm 10,5$, у больных женского пола - $69,1 \pm 12,8$, и $65,4 \pm 15$ соответственно. Количество желудочковых, наджелудочковых, как групповых, так и единичных за время наблюдения существенно не изменилось.

Следует отметить, что через 2 года после начала пандемии наблюдается повышение частоты возникновения ПНЖТ ($p = 0,05$). Если до пандемии ПНЖТ встречалась у 6% больных, то после у 17%. Также несколько чаще регистрировалась фибрилляция предсердий (22%, до пандемии - 16%). Зависимость частоты приступов ПНЖТ и фибрилляции предсердий от возраста пациентов, средней частоты сердечных сокращений и выраженностью желудочковых аритмий не выявлена.

Выводы. Таким образом, наблюдается склонность к снижению возраста больных,

поступающих в отделение кардиологии по неотложным медицинским показаниям после двух лет пандемии, по сравнению с “доковидным” периодом. Это может быть следствием как повышенной смертности пожилых лиц от COVID-19, так и возникновение сердечно-сосудистых заболеваний в более молодом возрасте во время пандемии.

Кроме того, после начала пандемии отмечены увеличения частоты регистрации ПНЖТ у пациентов кардиологического отделения, что вероятно свидетельствует о негативном влиянии коронавирусной инфекции на миокард у коронарных больных.

COVID-19 ПОД МАСКОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Р.Т. Нуриева, В.С. Протасова, Н.С. Стрекаева - студентки 4 курса лечебного факультета
Кафедра факультетской терапии

*(ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского
Министерства здравоохранения РФ)*

Научный руководитель - д.м.н., профессор Ю.Г. Шварц.

Актуальность. Пандемия COVID-19 усугубила течение хронических заболеваний, в том числе и сердечнососудистых. Однако влияние острой стадии COVID-19 на артериальное давление (АД) еще не полностью изучено, в частности не проанализировано значение инфекции в развитии неконтролируемой артериальной гипертензии (НКАГ).

Цель. Изучить особенности клинико-anamnestические характеристик больных, поступивших в терапевтическое отделение по поводу НКАГс выявленным после поступлении COVID-19.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование, в ходе которого были проанализированы истории болезни пациентов поступивших с 1 сентября 2022 года по 1 мая 2023 года в терапевтическое отделение УКБ №1 им. С. Р. Миротворцева. Всего поступило 1068 человек. Учитывались: диагноз при поступлении, результат ПЦР-теста для диагностики COVID-19, который выполнялся всем больным в момент госпитализации. У целевой группы пациентов с сочетанием неконтролируемой гипертонии и COVID-19 фиксировались клинико-anamnestические характеристики, результаты стандартного обследования

Результаты исследования. Из общего числа поступивших у 250 пациентов поводом для госпитализации была неконтролируемая артериальная гипертензия. Диагнозом врача скорой помощи был «неосложненный гипертонический криз». Из всех пациентов у 59 по результатам ПЦР-теста была выявлена коронавирусная инфекция, среди больных с неконтролируемой гипертонией у 21 была зафиксирован COVID-19.

Из них 19 (95%) пациентов жаловались на головную боль, 12 пациентов - на слабость, 9

на одышку, 7 на ощущение сердцебиения, 9 на головокружение, 1 на сухость во рту, 4 на тошноту, 3 на боль в животе. У всех пациентов из этой группы в анамнезе отмечалась ГБ более 1 года, а 4 пациента перенесли инфаркт миокарда.

Несмотря на положительный результат ПЦР-теста, температура и сатурация у всех пациентов при поступлении была в пределах нормальных значений, больные не предъявляли специфических жалоб, характерных для респираторной инфекции. Проявления последней появлялись у пациентов в последующие дни.

Выводы. Таким образом, неконтролируемая артериальная гипертензия может является манифестным проявлением начала COVID-19 и симулировать «гипертонический криз». Особенностью такого «криза» является наличие головной боли, которая отмечается у значительного большинства больных, но не является достаточно частым симптомом неконтролируемой артериальной гипертензии.

СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ

З.М. Абдуллаев – студент 205 гр. стоматологического факультета,

Б.С. Абдуллаева – ассистент кафедры

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: асс. Б.С. Абдуллаева, д.м.н., проф. С.Ш. Ахмедханов

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в результате ишемической болезни (ИБС) сердца ежегодно человечество теряет 2,5 млн. жителей, причём более 1/3 из них приходится на лиц трудоспособного возраста. Инфаркт миокарда (ИМ) опасен осложнениями и высоким смертельным риском: летальность отмечается у 6 - 10 % пациентов, а повторный ИМ развивается у 4-12 %. После открытия новых ишемических синдромов: «оглушенности», гибернации и метаболической адаптации («прекондиционирования») миокарда, ишемия миокарда рассматривается как более сложное клиническое состояние, требующее коренного пересмотра и дополнения лечебных подходов. Эти нарушения могут сохраняться в течение длительного времени и после нормализации кровотока проявляются повышением конечно-диастолического давления в левом желудочке, нарушением подвижности стенок левого желудочка, увеличением ригидности его стенок, т.е. нарушением функционального состояния миокарда. 80 % трудоспособных пациентов могут вернуться к работе при соблюдении мер реабилитации. Одной из терапии ИМ является стимуляция кардиопротекции, изучение основных механизмов этого явления являются поводом для разработок методов, одним из которых является метод

дистанционного ишемического прекондиционирования миокарда (ДИПМ).

Цель. Клиническое сравнение терапии ИМ с использованием неинвазивного метода дистанционного ишемического прекондиционирования (ДИП) 72 пациентов, поступивших в отделение ОКС ГКБ г. Махачкалы с диагнозом ИМ в 2019-2023 гг.

Материалы и методы. Среди исследуемых пациентов мужчин - 52, женщин - 20, в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст $60 \pm 1,2$ лет). Пациенты были разделены на две группы: первая – 38 пациента получала стандартную терапию ИМ, которая включает: антикоагулянты, бета - адреноблокаторы, нитраты, ИАПФ, антиагреганты, статины, вторая - 34 пациента - параллельно со стандартной терапией ИМ использовалось ДИП. Методика ДИП заключалось в следующем: манжеты от тонометра накладывались на левую и правую руку и поднимали давление в ней до 200 мм рт. ст. Не выпуская воздух, как это обычно делается при измерении АД, а плотно закрутив вентиль ждали 20 минут. Через 20 минут выпускали воздух из манжеты. В течение недели ежедневно 2 р/д. Всего курс лечения 10 дней. В течение всего курса лечения методикой ишемического кондиционирования медикаментозная терапия оставалась неизменной, кроме доз нитроглицерина. Пациентам в 1 группе исследования проводились в те же временные интервалы, что и пациентам 2 группы. Динамику оценивали по достижению значимого улучшения: уменьшение частоты и длительности приступов стенокардии, повышение толерантности к физической нагрузке и работоспособности сердечной мышцы, уменьшению количества принимаемых нитратов, достоверное улучшение образа жизни пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Достигнуто значимое улучшение: уменьшение частоты и длительности приступов стенокардии, уменьшилось количество принимаемых нитратов, уменьшилась продолжительность пребывания в больнице и в блоке интенсивной терапии, улучшилось качество жизни (КЖ). КЖ определялось на основании данных опросника, основными позициями которого были - физическая активность, ограничение работоспособности из-за заболевания, наличие болей, социальная адаптация, эмоциональный статус. Через 1 месяц было продемонстрировано достоверное улучшение КЖ пациентов из 2 группы по всем параметрам, в то время как у пациентов из 1 группы контроля отмечалось лишь увеличение толерантности к физической нагрузке и ухудшение остальных параметров. Таким образом, это исследование, показало, что после проведения курса ДИПМ эффект сохраняется по меньшей мере 12 месяцев.

Повторная коронарография, выполненная через четыре недели, показала увеличение васкуляризации 62 пациентов, недостоверное улучшение - у 8 и отсутствие изменений - у 2 пациентов.

Выводы. При сочетании лечения ИМ с использованием неинвазивного метода ДИПМ имеет клинические преимущества в сравнении со стандартным лечением ИМ.

Кратковременные повторные эпизоды ишемии миокарда с периодами реперфузии существенно повышают его устойчивость к последующей, значительно более выраженной (летальной) ишемии, ограничивая при этом зону экспериментального ИМ. Кратковременные коронарные окклюзии способствуют снижению выраженности последующей ишемии, улучшают сократительную функцию миокарда и уменьшают злокачественные желудочковые нарушения ритма, уменьшается размер зоны некроза, улучшаются показатели госпитальной летальности, уменьшается частота развития острой левожелудочковой недостаточности, кардиогенного шока при последующей ишемии. Перепады внутриартериального давления, которые происходят при проведении ДИПМ приводят в движение сосудистую стенку, способствуют изменению ее диаметра и архитектоники всего сосудистого дерева, происходит временное повышение выше места компрессии как общего, так и местного внутриартериального давления, при этом одновременно повышается давление в аорте и сонных артериях. Из этого следует, что изменение разности давления, которое мы создаем искусственно, при ДИПМ является одним из важных механизмов улучшения коллатерального кровообращения в сердечной мышце.

Список литературы.

1. Абдуллаева Д.М., Абдуллаева Б.С., Ахмедханов С.Ш. /Клиническое сравнение терапии инфаркта миокарда с использованием неинвазивного метода дистанционного ишемического preconditionирования//Материалы 68-й Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной 75 – летию победы в Великой Отечественной войне.- 2020.- С. 45-46.
2. Абдуллаева Б.С., Ахмедханов С.Ш., Тайгибова А.Г./ Дистанционное ишемическое preconditionирования и сопутствующая патология//Материалы I международной научно-практической конференции.- 2019.- С. 144-147.
3. Абдуллаева Б.С., Ахмедханов С.Ш. / Влияние дистанционного ишемического preconditionирования на исход инфаркта миокарда//Материалы Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Знания молодых для развития теоретической и клинической медицины».- 2017.- С. 23-24.
4. Курапеев Д.И. Новый метод индукции ишемического preconditionирования миокарда во время операции в условиях искусственного кровообращения: обоснование и дизайн одноцентрового рандомизированного исследования / Д.И. Курапеев, М.М. Галагудза, В.О. Кабанов и др. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. — 2013. — № 1. — С. 29-35.
5. Маслов Л.Н. Ишемическое postconditionирование / Л.Н. Маслов, Ю.Б. Лишманов // Сибирский медицинский журнал. — 2013. — № 1. — С. 7-10.

6. Маслов Л.Н. Роль протеинкиназ в формировании адаптивного феномена ишемического посткондиционирования сердца / Л.Н. Маслов, А.Г. Мрочек, И.А. Щепёткин, Дж.П. Хедрик, Л. Хануш, Е.И. Барзах, А.Ю. Лишманов, А.С. Горбунов, С.Ю. Цибульников, А.Н. Байков // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. — 2013. — № 4. — С. 433-452.

7. Тодосийчук В. В., Кузнецов В. А., Нохрина О. Ю. и др. Оценка поздней фазы ишемического прекондиционирования миокарда у больных ишемической болезнью сердца. Вестник аритмологии, 2010; 61:30–1

8. Thielmann M. Cardioprotective and prognostic effects of remote ischaemic preconditioning in patients undergoing coronary artery bypass surgery: a single-centre randomised, double-blind, controlled trial / M. Thielmann, E. Kottenberg, P. Kleinbongard // The Lancet. — 2013. — Vol. 382. — P. 597-604.

ОСТЕОПОРОЗ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Е.А. Корнилова, О.А. Сагадеева - студентки лечебно-профилактического факультета
Кафедра поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики

ФГБОУ ВО «УГМУ» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры А.В. Сарапулова

Актуальность. Метаболические изменения, происходящие в организме во время беременности и лактации, провоцируют развитие остеопороза. Он является причиной низкоэнергетических переломов.

Цель исследования: изучение остеопороза, ассоциированного с беременностью, на примере клинического случая.

Материалы и методы. Проанализированы анамнез, данные клинических, лабораторных и инструментальных исследований, течение заболевания и лечебная тактика на примере клинического случая.

Результаты. Клинический случай: Пациентка Ж, 29 лет. 05.01.21 в результате падения на катке был получен чрезвычайный перелом бедра. В анамнезе беременность в следствие ЭКО, разрешившаяся в мае 2020 года рождением здорового ребенка. У ребенка проявилась относительная лактазная недостаточность, что привело к уменьшению потребления матерью молочных продуктов, а позднее - к переходу на искусственное вскармливание. Лечение перелома - консервативное. 22.01.21 проведена консультация ортопеда. В ОАК патологии не выявлено, биохимический анализ крови показал снижение уровня витамина D (26 нг/мл) на фоне нормальных показателей фосфорно-кальциевого обмена. По результатам денситометрии Z-критерий шейки бедра= -2,8, что рассматривается как снижение плотности костной ткани.

После консультации ревматолога 29.01.21 назначены повторные анализы. Исключены патологии щитовидной железы (ТТГ 3,07 МЕ/л), гипер- и гипопаратиреоз (Р 1,43 ммоль/л, Са ионизированный 1,19 ммоль/л). Тактика лечения: 1000-1200 мг Са в сутки (путем применения препаратов Са и повышенного употребления молочных продуктов), витамин Д 5000 МЕ/сутки в течение 2 месяцев (далее с переходом на поддерживающую дозу - по 1500-2000 МЕ/сутки), алендронат 70 мг/неделю.

Выводы:

1. Беременность и лактация сопровождаются снижением плотности костной ткани, что может привести к возникновению низкоэнергетических переломов. Учитывая этот факт, следует обращать внимание на потребление пациенткой молочных продуктов и витамина Д.
2. Сочетание метаболических изменений костной ткани во время беременности и лактации, дефицита витамина Д и Са несет за собой высокий риск развития остеопороза.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ

З.М. Абдулмеджидова - студентка 343 группы лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель: ассистент М.А. Алискандиева

Актуальность темы. Энерготоники быстрыми темпами завоевали свою популярность на рынке продаж, стали неотъемлемой частью жизни многих студентов. Они позволяют оставаться бодрыми и активными на протяжении долгих периодов времени, что особенно важно в период сессий и экзаменов. Однако, влияние этих напитков на здоровье вызывает опасения. Многие не осознают потенциальных рисков, связанных с употреблением энергетических напитков, и могут потреблять их без учета последствий. Первая и наиболее очевидная проблема – это перегрузка организма кофеином. Кофеин – это психостимулятор, который улучшает настроение, повышает работоспособность и концентрацию внимания. Однако, несмотря на все преимущества, употребление энергетических напитков может привести к серьезным проблемам со здоровьем. К таким последствиям можно отнести бессонницу, головную боль, сердцебиение, повышенное давление, тревожность и раздражительность. Принцип действия кофеина на нервную систему заключается в том, что он на несколько часов приводит ее к возбуждению, а затем - в состояние угнетения. Поэтому период бодрости, как правило, сменяется упадком сил. И утверждение о том, что энергетики поставляют организму энергию, не совсем верно - фактически они используют собственную энергию организма с процентами в виде риска для здоровья в будущем. Таурин - второй главный компонент энергетиков. По своему строению – это серосодержащая аминокислота,

которая является неотъемлемой частью энергетических напитков. Одним из главных действий таурина является улучшение функций сердечно-сосудистой системы. Он способствует расширению кровеносных сосудов и улучшению кровообращения. Кроме того, таурин может помочь снизить уровень холестерина в крови и предотвратить образование тромбов. Его воздействие на нервную систему - помогает снизить уровень стресса и тревожности. Одна банка энергетика содержит до 1000 мг таурина, притом, что суточная норма до 400 мг, в таких концентрациях она способна вызвать перевозбуждение нервной системы и ее истощение. Таурин обладает желчегонным действием, потому опасен для людей, страдающих заболеваниями печени и желчевыводящих путей. У здоровых людей так же провоцирует усиленное выделение желчи. Глюкуроналактон – это вещество, которое образуется в организме человека в процессе метаболизма глюкуроновой кислоты. Одним из главных действий глюкуроналактона является его способность участвовать в процессах детоксикации организма. Однако, несмотря на полезные свойства, его употребление может быть опасным для здоровья. Энерготоники содержат 2000-2400 мг вещества, превышающую суточную дозу более чем в 200-250 раз. В таких больших дозах он может вызывать побочные эффекты, такие как тошнота, рвота, аллергические реакции и действовать как галлюциноген, вызывая головные боли и даже болезни печени. Это связано с тем, что он может привести к увеличению уровня желчных кислот в организме, что может нанести вред печени и способствовать развитию заболеваний этого органа. Женьшень и Гуарана - природные психостимуляторы. Повышающие психическую и физическую активность, но в больших концентрациях вызывают бессонницу, чувство тревоги, перепады артериального давления. В организме смешиваются с другими компонентами напитка, и их действие оказывается совсем незначительным. Матеин - это стимулятор, который содержится в листьях растения мате. Экстракт помогает подавить голод, увеличивает выносливость и ускоряет метаболизм. Принято считать, что при употреблении стимулирующего коктейля, пополняются энергетические ресурсы организма, но это не так. Энерготоники лишь стимулируют сердце, сосуды, нервную и эндокринную системы, вследствие этого организм испытывает стресс и работает с повышенной нагрузкой, выпуская большие дозы адреналина. Создается эффект эйфории и гиперактивности, что ведет к износостойчивости организма и снижению ресурсов внутренних органов. Употребляя энерготоники человек должен отдавать себе отчет в том, что таурин, кофеин, витамины группы В и другие компоненты в сотни раз, превышают суточную норму, с которой здоровый организм не всегда способен справиться.

Целью данного исследования является изучение частоты потребления энергетических напитков среди студентов медицинского университета, наиболее популярных марок и побочных эффектов, которые они испытывают после употребления.

Материалы и методы. Для исследования был проведен опросник, по оценке влияния

энергетических напитков на физиологические процессы в организме учащихся ДГМУ, в ходе которого на условиях добровольного информированного согласия участвовали 110 студентов лечебного факультета 3 курса, в возрасте от 19 до 25 лет. Опросник включал вопросы о частоте потребления энергетических напитков, знакомстве с составом энергетических напитков, наиболее популярных марок энерготоников среди студентов и побочных эффектах, которые они испытывают после употребления.

Результаты. Материалы исследования показали, что из 110 опрошенных студентов медицинского университета, 70,6% употребляют энергетические напитки. Большинство из них (45,7%) потребляют энергетические напитки нечасто. Adrenalin Rush стал самой популярной маркой напитка среди студентов (37,3%), за ним следуют Flash Energy (17,5%), Red bull (13,5%) и другие марки. После употребления энергетических напитков студенты испытывают различные побочные эффекты. Самый распространенные побочные эффекты - это увеличение сердечного ритма (36,3%), за которым следуют тремор рук (33,3%), летаргия и нарушения сна (35,7%), увеличение частоты мочеиспускания (37,6%) и раздражительность и агрессивность (25,3%). Другие реже встречающиеся побочные эффекты, включают боль в правом подреберье (15,2%), повышенное артериальное давление (17,7%), головные боли (15,3%), боль в левом подреберье (23,4%), изжога (22,1%), визуальные и слуховые галлюцинации (25%), и набор веса. (27,4%). Большинство студентов (59%) заявили, что знакомы с составом энергетических напитков. Изучив результаты, прихожу к выводу, о том, что проблема употребления энергетиков молодеет с каждым днем, 37,1% опрошенных впервые попробовали энерготоники в возрасте от 10 до 14 лет, 40,4% в возрасте 15 до 18 лет и 22,5% в промежутке между 19 и 25 годами. Из дополнительного исследования, проведенного среди тех же студентов, стало известно, что 61,5% из 110 опрошенных занимаются спортом не менее 2 раз в неделю. Это говорит о том, что студенты имеют возможность поддерживать свое здоровье и бодрость без использования энергетических напитков.

Вывод. Энергетические напитки могут быть полезны в краткосрочной перспективе, но их употребление должно быть ограничено. Студентам необходимо осознавать потенциальные риски, связанные с употреблением энергетических напитков, и принимать информированные решения о своем здоровье. Важно отдавать приоритет здоровью вместо краткосрочной выгоды и искать более здоровые альтернативы для поддержания бодрости и концентрации во время учебы или экзаменов.

Литература

- 1.Оплетаев В.Ф., Деткова Е.А. Влияние энергетических напитков на системы подростков. Обзор литературы. Физиология, патофизиология 2010 г.
- 2.Шалыгин Л.Д., Еганян Р.А. Энергетические напитки - реальная опасность для здоровья.

3.Характеристика составов энергетических напитков. Экологичность их отдельных компонентов. Курицына О.А. Студенческий научных форум 2014г.

ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В.С. Невмержицкий – студент 1410 группы лечебного факультета

Кафедра кардиологии и внутренних болезней

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.П. Митьковская

Актуальность. Трансплантация печени является единственным радикальным методом лечения пациентов с хроническими терминальными заболеваниями печени. Посттрансплантационная дислипидемия является частым осложнением у реципиентов печени и может угрожать функции трансплантата. Риск сердечно-сосудистой смерти у пациентов с трансплантированной печенью увеличивается в 2,5 раза по сравнению с общей популяцией.

Цель исследования: оценить изменения показателей липидного профиля и артериального давления у реципиентов трансплантата печени и вероятность выявления хронической ишемической болезни сердца у данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования: нами был проведен ретроспективный анализ 116 медицинских карт стационарных пациентов, которым была проведена трансплантация печени. Во внимание принимались результаты развернутого биохимического анализа крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП), индекс атерогенности (ИА). Пациенты были разделены на 2 группы: первая группа – реципиенты с метаболическим синдромом (n=74), вторая группа – реципиенты с метаболическим синдромом и ишемической болезнью сердца в анамнезе (n=42). Статистический анализ данных проводился в программе Statistica 12.

Результаты исследования.

Одними из основных причин, которые привели к трансплантации печени в исследуемой группе были: билиарный цирроз – 44,8% (n=52), вирусный цирроз – 17,2% (n=20).

Средний уровень ХС у реципиентов с метаболическим синдромом и ишемической болезнью сердца составил $6,97 \pm 1,03$ ммоль/л, что было выше, чем у реципиентов без ишемической болезни сердца – $5,97 \pm 0,78$ ммоль/л, $Z=4,730$, $p<0,01$. Уровни ТГ и ЛПНП также достоверно превышали показатели в группе реципиентов трансплантата печени с изолированным метаболическим синдромом – 2,27 (0,70-11,60) ммоль/л против 1,74 (0,40-1,60), $Z=2,566$, $p<0,01$ и $5,26 \pm 1,27$ ммоль/л против $4,48 \pm 1,13$ ммоль/л, $p<0,01$, соответственно.

ЛПОНП у реципиентов с ишемической болезнью сердца составил 1,02 (0,02 – 5,57) и превышал значения данного показателя в группе реципиентов с метаболическим синдромом без ИБС – 0,74 (0,06-3,17), $p < 0,05$.

Частота встречаемости гипертриглицеролемии была выше в группе реципиентов трансплантата печени с метаболическим синдромом и ишемической болезнью сердца, чем в группе реципиентов без ИБС – 61,9% (n=26) против 32,4% (n=24), $\chi^2=9,49$, $p < 0,05$. Выявлено, что шанс обнаружения у реципиентов трансплантата печени с гипертриглицеролемией ишемической болезни сердца составил 1,083, среди реципиентов без повышения уровня триглицеролов – 0,320, отношение шансов – OR=3,385 (1,536 – 7,462).

ИА больше 3,5 чаще встречался у реципиентов трансплантата печени с метаболическим синдромом и ишемической болезнью сердца, чем у реципиентов без ИБС – 80,9% (n=34) против 62,2% (n=46), $\chi^2=4,42$, $p < 0,05$ (рис.1).

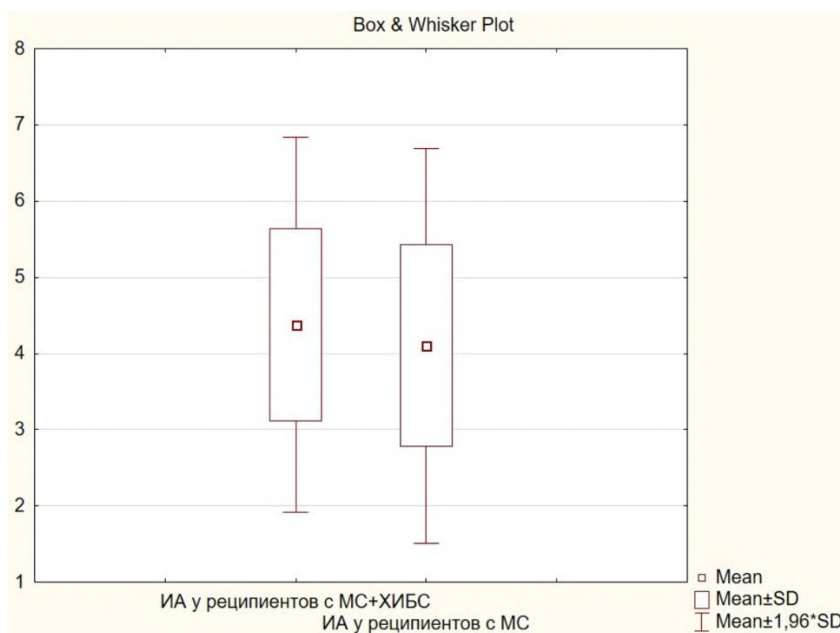


Рис. 1 – Графическое сравнение (Box Plot) распределения показателей ИА в зависимости от наличия ХИБС.

Шанс обнаружения у реципиентов трансплантата печени ишемической болезни сердца при ИА>3,5 составил 0,739, среди реципиентов без повышения – 0,286, отношение шансов – OR=2,587 (1,050-6,377).

Артериальная гипертензия (АГ) встречалась чаще в анамнезе у реципиентов трансплантата печени с проведенной операцией в 2018 году, чем в 2021 и 2022 годах соответственно ($p < 0,05$). У пациентов с трансплантацией в 2018 году артериальная гипертензия встречалась в 55,2% случаев (рис.2).



Рис. 2 – Зависимость частоты встречаемости АГ от года проведенной трансплантации.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что шансы выявления ишемической болезни сердца у реципиентов трансплантата печени при наличии гипертриглицеролемии в 3,4 раза выше, чем у реципиентов, не имеющих повышения уровня триглицеролов. Шансы выявления ишемической болезни сердца в послеоперационном периоде у реципиентов трансплантата печени при наличии повышения ИА $>3,5$ в 2,6 раза выше, чем у реципиентов с ИА $\leq 3,5$. Артериальная гипертензия чаще встречается у пациентов по прошествии 5 лет после трансплантации, чем через 1 год и 2 года соответственно ($p<0,05$).

РАЗВИТИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ КРОВИ И ДРУГИХ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Н.С. Щербакова, И.П. Емельянова – студентки 4 курса 22 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии лечебного факультета

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Научный руководитель – к.м.н. асс. Е.А. Майскова

Актуальность. Постковидный синдром (ПКС, long-COVID) является следствием коронавирусной инфекции (COVID-19) и сопровождается симптомами со стороны всех органов и систем. В настоящее время по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) после перенесенной COVID-19 ПКС развивается не менее, чем у 10% людей, а другие авторы сообщают и более высокую встречаемость long-COVID – до 52%. ПКС вызывает большой интерес врачей в связи с многообразием и выраженностью клинических проявлений,

которые у ряда пациентов значительно снижают качество жизни. Поэтому актуальным представляется поиск факторов, предрасполагающих к развитию этого состояния. Проведены многочисленные исследования, подтверждающие более высокую встречаемость long-COVID у пациентов старшей возрастной группы, имеющих сопутствующие заболевания. Вместе с тем риск его развития у молодых пациентов до конца не определен. Имеются единичные сообщения о более высоком риске развития ПКС у пациентов, имеющих 0 (I) группу крови.

Таким образом, изучение развития long-COVID в зависимости от клинических характеристик, в том числе группы крови, у молодых пациентов без значимой сопутствующей патологии представляется актуальным.

Цель исследования. Изучить встречаемость ПКС у молодых медицинских работников в зависимости от групп крови и других клинических характеристик.

Материал и методы исследования. Проведен онлайн-опрос преподавателей и обучающихся Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского в возрасте от 20 до 45 лет, опрошено 115 человек с использованием анкеты на базе Google Формы. Статистическая обработка результатов проводилась на базе программы Statistica 6.0. Анкета включала в себя информацию о демографических и физиологических показателях, сопутствующей патологии, группах крови по системе АВ0 и резус-фактор (Rh), наличии вакцинации против COVID-19, симптомов самого ПКС, а также наличии вредных привычек.

Результаты исследования. Из 115 человек, принявших участие в опросе, COVID-19 перенесли 110 человек, т.е. 95,6%. Из них ПКС наблюдался у 74 человек (67%).

Соотношение женщин и мужчин в группах исследования (с ПКС) и сравнения (без ПКС) существенно различалось: 85% женщин и 15% мужчин в группе исследования, и 64% и 36% в группе сравнения соответственно ($p=0,03$). Таким образом, у женщин ПКС встречался значимо чаще.

Также было установлено неодинаковое развитие long-COVID у респондентов, имеющих разные группы крови по системе АВ0. В группе исследования отмечалось наибольшее количество пациентов I (0) (31,1%) и II (A) (47,3%) групп крови, в то время как в группе сравнения преобладали лица, имеющие III (B) (41,5%) и IV (AB) (17,1%) группы крови (см. Табл.1). Данное различие было значимым ($p=0,001$).

Группа крови (AB0)	Группа исследования (ПКС)	Группа сравнения (без ПКС)
0 (I)	31,1%	17,1%
A (II)	47,3%	24,4%
B (III)	16,2%	41,5%
AB (IV)	5,4%	17,1%

Таблица 1. Встречаемость группы крови в зависимости от наличия или отсутствия ПКС.

Анализ таких клинических параметров, как возраст, индекс массы тела, курение

вакцинация от COVID-19, а также принадлежность к группе крови по системе Rh, не выявил их влияния на развитие ПКС.

Вместе с тем при изучении возможной роли в развитии ПКС сопутствующих заболеваний респондентов, включавших гипертоническую болезнь (ГБ), хронические болезни ЛОР-органов и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (см. Табл. 2) установлена значимая корреляция только между наличием long-COVID и заболеваниями ЖКТ ($p=0,05$).

Сопутствующие заболевания	Группа исследования (ПКС)	Группа сравнения (без ПКС)
ГБ	8%	3%
Болезни ЛОР-органов	20%	17%
Болезни ЖКТ	20,3%	7,3%

Таблица 2. Встречаемость сопутствующих заболеваний у молодых лиц в зависимости от наличия или отсутствия ПКС.

Выводы. По данным проведенного нами исследования была выявлена высокая встречаемость long-COVID (67% переболевших), что несколько превышает данные литературы.

Была обнаружена значимая ассоциация между развитием ПКС и группой крови по системе АВ0 (значительно чаще проявлялся у представителей I (0) и II (A) групп крови, ($p=0,001$). Можно предположить, что пациенты с I (0) и II (A) группами крови более предрасположены к развитию long-COVID, либо, что представители III (B) и IV (AB) более устойчивы к этому состоянию. Полученные нами результаты относительно 0 (I) группы крови соответствуют данным литературы, а вот информация по другим группам крови выявлена нами впервые.

Среди лиц молодого возраста выявлена более высокая встречаемость ПКС у женщин ($p=0,03$). По данным литературы имеются противоречивые сообщения на эту тему – часть авторов сообщает о более высокой встречаемости ПКС у женщин, в то время как другие сообщают о преобладании мужчин. Возможно, данное несоответствие может быть объяснено влиянием других факторов в рамках каждой конкретной работы.

По результатам проведенного исследования выявлена значимая ассоциация между развитием long-COVID и заболеваниями ЖКТ ($p=0,05$), что не встречалось нами при анализе литературы и требует дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

В.С. Резвякова – студентка 308 гр. лечебного факультета,

Е.Д. Зайцева – студентка 321 гр. лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Актуальность. Хронический калькулёзный холецистит является одним из наиболее распространённых заболеваний человека, занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета и представляет собой хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся воспалительными процессами в желчном пузыре с образованием конкрементов.

Факторами риска развития хронического калькулезного холецистита являются женский пол, возраст, наследственность, избыточная масса тела, гиподинамия, несбалансированное питание и наличие таких заболеваний, как сахарный диабет, цирроз печени, болезнь Крона. Он может привести к развитию таких серьезных осложнений, как билиарный панкреатит, билиарный гепатит, холангит, острый холецистит, папиллит, стеноз большого дуоденального сосочка.

Одним из основных инструментальных методов диагностики холецистита является УЗИ, благодаря которому оцениваются такие показатели как размеры, контуры, эхогенность, структура печени, размеры, форма, ширина стенок, содержимое желчного пузыря, ширина общего желчного протока.

Цель исследования. Оценка особенностей данных ультразвукового исследования желчного пузыря и печени у пациентов с хроническим калькулезным холециститом у разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. В процессе исследования проанализировано 56 протоколов историй болезни пациентов с хроническим калькулезным холециститом, полученных в учреждении «Гомельская областная клиническая больница». Для исследования использовались архивные данные за период 2018-2023 гг. Первую группу составили пациенты до 45 лет, вторую группу – пациенты от 46 до 65 лет, третья группа представлена пациентами в возрасте от 66 лет и выше. Исследовались следующие данные пациентов: возраст, пол, косой вертикальный размер правой доли печени, длина и ширина желчного пузыря, ширина общего желчного протока. Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводились в программе «Statistica 12.0» в формате Me (25%; 75%), в котором Me — медиана, 25% — нижний процентиль (Q1), 75% — верхний процентиль (Q3).

Результаты исследования. У пациентов с хроническим калькулезным холециститом из 56 случаев 46 приходится на пациентов женского пола (82,1%) и 10 пациентов мужского пола (17,9%). Средний возраст женщин — 58,6 лет, мужчин — 59,1 лет.

Результаты анализа данных ультразвукового исследования желчного пузыря и печени у пациентов с хроническим калькулезным холециститом представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты анализа основных показателей пациентов с хроническим калькулезным холециститом медианным методом

Показатель	1 группа (n=17)			2 группа (n=17)			3 группа (n=22)		
	Me	25%	75%	Me	25%	75%	Me	25%	75%
КВР	164,0	148,0	172,0	161,0	150,0	182,0	170,0	168,0	170,0
Длина ЖП	114,0	93,0	130,0	100,0	90,0	105,0	100,0	77,0	120,0
Ширина ЖП	38,0	32,0	48,0	36,0	29,0	39,0	36,0	24,0	46,0
Холедох	14,0	5,0	12,0	8,0	6,0	9,0	11,0	9,0	13,0

При оценке полученных данных из приведенной таблицы было выявлено, что медиана косого вертикального размера правой доли печени (КВР) группы 1 составляет 164 мм (выше нормы на 9,3%). 25-ый процентиль равен 151 мм (выше нормы на 0,7%), а 75-ый — 172 мм (выше нормы на 14,6%). Медиана КВР группы 2 составила 161 мм (выше нормы на 7,3%). Показатель 25-го процентиля составил 150 мм (в пределах нормы), а 75-го — 182 мм (выше нормы на 21,3%). Медиана КВР группы 3 составила 170 мм (выше нормы на 13,3%). Показатель 25-го процентиля составил 168 мм (выше нормы на 12%), а 75-го — 170 мм (выше нормы на 13,3%).

При сравнении результатов УЗИ печени у трех групп выявлено, что эхогенность паренхимы повышена в группе 1 у 4 пациентов (23,5%), в группе 2 — 8 пациентов (47%), в группе 3 — 12 пациентов (54,5%), а расширение внутрипеченочных желчных протоков наблюдается в группе 1 у 6 пациентов (35,3%), в группе 2 — 6 пациентов (35,3%), в группе 3 — 9 пациентов (40,9%).

В соответствии с данными таблицы при оценке длины желчного пузыря медиана группы 1 составляет 114 мм (выше нормы на 14%). 25-ый процентиль равен 93 мм (в пределах нормы), а 75-ый — 130 мм (выше нормы на 30%). Медиана группы 2 составила 100 мм (в пределах нормы). Показатель 25-го процентиля составил 90 мм (в пределах нормы), а 75-го — 105 мм (выше нормы на 5%). Медиана группы 3 составила 100 мм (в пределах нормы). Показатель 25-го процентиля составил 77 мм (в пределах нормы), а 75-го — 120 мм (выше нормы на 20%).

На основании вышеизложенных данных было выяснено, что при оценке ширины желчного пузыря медиана группы 1 составляет 38 мм (в пределах нормы), 25-ый процентиль равен 32 мм (в пределах нормы), а 75-ый — 48 мм (в пределах нормы). Медиана группы 2 составила 36 мм (в пределах нормы). Показатель 25-го процентиля составил 29 мм (в пределах нормы), а 75-го — 39 мм (выше нормы на 21,3%). Медиана группы 3 составила 36 мм (в пределах нормы). Показатель 25-го процентиля составил 24 мм (в пределах нормы), а 75-го — 46 мм (в пределах нормы).

Согласно данным приведенной таблицы при оценке ширины общего желчного протока

медиана группы 1 составляет 14 мм (выше нормы на 100%). 25-ый перцентиль равен 5 мм (в пределах нормы), а 75-ый — 12 мм (выше нормы на 71,4%). Медиана группы 2 составила 8 мм (выше нормы на 14,3%). Показатель 25-го перцентиль составил 6 мм (в пределах нормы), а 75-го — 9 мм (выше нормы на 28,6%). Медиана группы 3 составила 11 мм (выше нормы на 57,1%). Показатель 25-го перцентиль составил 9 мм (выше нормы на 28,6%), а 75-го — 13 мм (выше нормы на 85,7%).

Выводы. В ходе проведенного исследования была проведена оценка данных ультразвукового исследования желчного пузыря и печени у пациентов с хроническим калькулезным холециститом у разных возрастных групп.

Установлено увеличение косого вертикального размера правой доли печени в 100% случаев. В группе 3 наблюдаются наиболее высокие показатели повышения эхогенности паренхимы печени (54,5%) и расширения внутрипеченочных желчных протоков (40,9%). Группа 1 имеет наиболее высокие показатели длины желчного пузыря у 70,6% пациентов. В группах 1 и 3 установлено значительное расширение общего желчного протока.

Из этого можно сделать вывод, что увеличение размеров органов гепатобилиарной системы наиболее часто встречается в возрастных группах до 45 лет и от 66 лет и старше. Поэтому ранняя диагностика хронического калькулезного холецистита играет особо важную роль, требует комплексного подхода и использования различных методов, чтобы определить наличие заболевания и его степень. Своевременное обращение к врачу, правильная диагностика и лечение позволят избежать серьезных последствий и улучшить прогноз заболевания.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ФОРМИРОВАНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

**В.С. Бровкина, Б.И. Гурбанова - студентки 26 группы лечебного факультета
Кафедра факультетской терапии имени профессора В. Я. Гармаша**

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава Россия, Рязань, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент, А.В. Шаханов

Актуальность: Одним из экстрапульмональных проявлений при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) являются когнитивные расстройства. В настоящее время не сложилось единого понимания роли хронической обструктивной болезни легких в их формировании.

Цель исследования: изучить роль хронической обструктивной болезни легких в формировании когнитивных нарушений и их особенностей на различных стадиях ХОБЛ. Определить влияние ХОБЛ на степень выраженности когнитивных нарушений.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 40 человек, разделённых на две группы: 21 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и 19 условно здоровых добровольцев в группе контроля. Всем исследуемым выполнено общеклиническое обследование, спирометрия, оценочный тест САТ и оценка когнитивных функций с помощью МоСА-теста, MMSE- теста, пробы Шульте.

Результаты исследования: у пациентов с ХОБЛ отмечается снижение когнитивных функций по данным МоСА-теста (19 балла против 23 баллов в контрольной группе, $p = 0,004$). Наибольший вклад в снижение когнитивных функций у пациентов с ХОБЛ вносят нарушение зрительно-конструктивных/исполнительных навыков ($p = 0.011$), изменение памяти ($p = 0,016$), нарушение абстракции ($p = 0.022$) и нарушения внимания ($p=0.061$). Установлено, что у больных ХОБЛ общий балл МоСА-теста коррелирует с индексом пачка/лет ($r = -0,568$, $p = 0,001$). У больных ХОБЛ общий балл MMSE-теста коррелирует с индексом пачка/лет ($r = -0,612$, $p = 0,001$). Установлено, что у больных ХОБЛ общий балл МоСА-теста коррелирует с уровнем нейтрофилов ($r = -0,313$, $p = 0,049$). У пациентов ХОБЛ группы D отмечаются более низкие показатели когнитивной функции, по сравнению с группой В (19 баллов против 23 баллов соответственно, $p = 0.161$).

Выводы: у больных хронической обструктивной болезнью легких отмечается выраженное снижение когнитивных функций. Чаще отмечаются снижение зрительно-конструктивных и исполнительных навыков, абстракции, а также внимания.

СВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ TNF- α И IL-10 У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

А.Р. Пикуза - студентка группы 2406 педиатрического факультета,

В.В. Макаревич - ассистентка

Кафедра биологической химии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Научный руководитель: ассистент., к.м.н. Е.А. Хотько

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких находится в числе лидеров заболеваний в мировой статистике, а число летальных случаев от ХОБЛ составляет 81,7% от общего числа смертей по причине хронических респираторных заболеваний.

Развитие ХОБЛ сопровождается изменением уровней цитокинов: повышением провоспалительных, одним из которых является фактор некроза опухоли- α (TNF- α), и снижением выработки противовоспалительных, к которым относится интерлейкин-10 (IL-10). TNF- α – ключевой медиатор системных воспалительных реакций, а также индуктор выработки воспалительных цитокинов и хемокинов. IL-10 – ингибитор воспаления и цитокинового

распада, способен ограничивать чрезмерные воспалительные реакции, повышать врожденный иммунитет и стимулировать механизмы восстановления тканей, что приводит к усилению воспаления у пациентов с ХОБЛ.

К триггерам развития ХОБЛ относят курение за счет его локального воспаления в легких. Согласно последним данным, у курящих наблюдается более высокий уровень TNF- α и более низкий уровень IL-10, по сравнению с группой некурящих пациентов.

Таким образом, в связи с высокой распространённостью ХОБЛ и тяжестью протекания заболевания, TNF- α и IL-10 являются перспективными биохимическим маркерами для анализа взаимосвязи их уровня с развитием ХОБЛ. Изучение полиморфизма перспективно для повышения эффективности прогнозирования ХОБЛ и для дальнейшей разработки методов анализа генетических маркеров риска развития хронических респираторных заболеваний.

Цель работы. Изучение ассоциации курения и полиморфизма rs1800629 гена TNF- α и rs1800896 IL-10 с риском развития ХОБЛ среди населения Республики Беларусь.

Материалы и методы. Клиническое обследование и диагностика проводились в учреждении здравоохранения «Минский консультационно-диагностический центр» с участием 95 пациентов с ХОБЛ и 95 клинически здоровых лиц. При генотипировании использовали Taq-Man зонды (ООО «ТестГен»). Отклонения частот генотипов от равновесия Харди-Вайнберга изучалось с пакетом программ Microsoft Excel. Выборки сравнивали при помощи составления таблиц сопряженности и вычисления критерия хи-квадрат. Риск развития ХОБЛ в зависимости от полиморфизма оценивался с помощью показателя отношения шансов (ОШ). Значения доверительного интервала 95% (ДИ95%) не включали 1. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования.

Был проведен анализ ассоциации полиморфизма rs1800629 гена TNF- α с риском развития ХОБЛ у обследуемых лиц в зависимости от статуса курения (табл. 1).

Табл. 1. Частота аллелей и генотипов полиморфизма rs1800629 гена TNF- α у обследуемых лиц

Курение	Генотип	Статус		χ^2	p	Критерий V Крамера	ОШ	95% ДИ
		Пациенты с ХОБЛ, n (%)	Здоровые лица, n (%)					
Курящие	AA	0 (0%)	6 (9,2%)	12,175	0,253	0,313	-	-
	AG	9 (15,3%)	21 (32,3%)				2,652	1,1-6,4
	GG	50 (84,7%)	38 (58,5%)				0,253	0,107- 0,61
Некурящие	AA	16 (53,3%)	10 (27,8%)	1,467	0,12	0,149	0,5	0,161- 1,55
	AG	9 (30%)	13 (36,1%)				1,222	0,228- 6,55

	GG	5 (16,7%)	13 (36,1%)				1,667	0,55 - 4,641

У обследуемых курящих лиц выявлена ассоциация носительства генотипа AG с увеличением вероятности возникновения ХОБЛ в 2,78 раза ($p=0,195$; ОШ=2,652; 95%ДИ=1,1-6,4). В отношении носительства генотипа GG у курящих лиц определено статистически значимое уменьшение риска развития ХОБЛ в 4 раза ($p=0,278$; ОШ= 0,253; 95%ДИ=0,107-0,61).

При сравнении риска развития ХОБЛ в зависимости от генотипов rs1800896 гена IL-10 и статуса курения определено: среди курящих лиц носительство гомозиготного генотипа AA ассоциировано с увеличением вероятности возникновения ХОБЛ в 2,89 раза ($p=0,023$; ОШ=2,89; 95%ДИ=1,23-6,68) (табл. 2).

Табл. 2. Частота аллелей и генотипов полиморфизма rs1800896 гена IL-10 у обследуемых лиц

Курение	Генотип	Статус		χ^2	p	Критерий V Крамера	ОШ	95% ДИ
		Пациенты с ХОБЛ, n (%)	Здоровые лица, n (%)					
Курящие	AA	23 (35,4%)	11 (18,6%)	7,82	7,93	0,251	2,439	1,11-5,34
	AG	24 (36,9%)	18 (30,5%)				1,446	0,725-2,9
	GG	18 (27,7%)	30 (50,8%)				0,5	0,26-0,99
Некурящие	AA	12 (40,0%)	10 (27,8%)	4,475	4,69	0,26	0,5	0,16-1,55
	AG	4 (13,3%)	13 (36,1%)				1,22	0,228-6,55
	GG	14 (46,7%)	13 (36,1%)				1,67	0,55-4,64

Выводы.

1. У обследуемых курящих лиц выявлена ассоциация носительства генотипа AG полиморфизма rs1800629 гена TNF- α с увеличением вероятности возникновения ХОБЛ в 2,78 раза и носительства генотипа GG с уменьшением риска развития ХОБЛ в 4 раза.

2. Среди курящих лиц носительство гомозиготного генотипа AA полиморфизма rs1800896 гена IL-10 ассоциировано с увеличением вероятности возникновения ХОБЛ в 2,89 раза.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ И НАЛИЧИЯ ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА В АНАМНЕЗЕ ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Д.С. Сидорук, Б.П. Шитик – студентки 1414 группы лечебного факультета

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной устойчивой аритмией и характеризуется относительно высокой заболеваемостью и смертностью. Согласно данным многих исследований последних лет, воспаление может играть ключевую роль в развитии этого состояния. Основным маркером воспалительного процесса является повышенный уровень лейкоцитов в крови. Лейкоцитоз может быть связан с более высоким риском серьезных осложнений вплоть до летального исхода. В научной литературе имеются сведения, что воспаление является как предрасполагающим фактором, так и осложнением ФП и наоборот. Лейкоцитоз указывает на воспаление и физиологический стресс, а это означает, что это состояние можно считать фактором, указывающим на ухудшение заболевания даже при наличии ФП.

В последние годы был выявлен ряд факторов риска и состояний, связанных с развитием и прогрессированием ФП. Некоторые из этих факторов риска и предрасполагающих состояний являются немодифицируемыми (пожилой возраст, пол, этническая принадлежность и генетическая предрасположенность). Однако большинство из них поддаются модификации, среди них – курение, злоупотребление алкоголем, ожирение, отсутствие физической активности, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, заболевания коронарных сосудов, клапанов сердца, СН, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), обструктивное апноэ сна, воспалительные заболевания, сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП). Воздействие на эти факторы риска и основные состояния как можно раньше – в идеале до клинической манифестации ФП – не только предотвратит или приведет к обратному развитию ремоделирования предсердий, но также улучшит течение самих основных состояний и, в свою очередь, уменьшит количество инсультов и других сердечно-сосудистых осложнений.

Цель работы: выяснить особенности взаимосвязи развития ФП с уровнем воспалительных маркеров, наличием факторов риска и сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ГУ «МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии» (г. Минск). Объектом исследования явились 12 пациентов с установленным диагнозом «фибрилляция предсердий». Предметом исследования явились анамнестические данные пациентов и результаты лабораторных исследований за период с января по март 2023 года. Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики (сохранение врачебной тайны и конфиденциальность информации). Статистическая обработка данных была проведена с применением программы Microsoft Excel

2016 и программного пакета STATISTICA 10.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования обращалось внимание на такие показатели, как количество лейкоцитов, уровни С-реактивного белка (СРБ), сердечных маркеров, а также на наличие в анамнезе факторов риска развития ФП (курение, прием алкоголя, ожирение, СД, повышенный уровень систолического артериального давления, низкая комплаентность к назначенным антигипертензивным препаратам (ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и статинам; определенные сопутствующие, а также воспалительные заболевания).

Всего были изучены данные 12 пациентов: 25% (n=3) женщин и 75% (n=9) мужчин. Средний возраст пациентов составил 68 ± 13 лет. Курящими были 41,7% (n=5) пациентов, среди них – 1 (8,3%) женщина. Среди пациентов 58,3% (n=7) злоупотребляли алкоголем до развития ФП. Средний индекс массы тела (ИМТ) у пациентов составил $35,5 \pm 3,8$. Ожирением страдали 41,7% (n=5) пациентов, остальные 58,3% (n=7) имели избыточную массу тела. Лейкоцитоз отмечался у 50% (n=6) пациентов, СРБ был повышен также у 50% (n=6) пациентов. У пациентов с персистирующей ФП уровни СРБ оказались выше (повышен у 5 пациентов), чем у пациентов с пароксизмальной ФП (повышен у 1 пациента).

Уровень высокочувствительного тропонина I (hsTrpI) в крови был повышен у 41,7% (n=5) пациентов, натрийуретического пептида – у 25% (n=3).

Установлено, что иАПФ принимали 41,7% (n=5) пациентов, статины – 16,7% (n=2). Выявлено, что 16,7% (n=2) пациентов страдали СД, у обоих не контролировался уровень глюкозы в крови. В анамнезе 91,7% (n=11) имели хроническую сердечную недостаточность (ХСН), 25% (n=4) – болезни клапанов сердца, 16,7% (n=2) пациентов перенесли ИМ до развития ФП, 16,7% (n=2) – имели ХОБЛ, 25% (n=3) – ХБП, 16,7% (n=2) – обструктивное апноэ сна, 25% (n=3) – гипертиреозидизм, 33,3% (n=4) – воспалительные заболевания.

Таким образом, наличие сопутствующих заболеваний и факторов риска, которые могут способствовать возникновению ФП, указывает на необходимость коррекции факторов риска, модификации образа жизни и лечения сопутствующих заболеваний, приводящих к развитию и прогрессированию ФП.

Заключение и выводы. Отношение между уровнем воспалительных маркеров и последующим развитием ФП требует дальнейшего изучения, однако данные исследований последних лет свидетельствуют о необходимости повышения значимости противовоспалительной терапии в попытке предотвратить ФП. ФП может быть как причиной, так и следствием воспаления, однако точные механизмы остаются пока неясными. Некоторые воспалительных биомаркеров связаны с более высоким риском ФП, но их практическая значимость при управлении лечением ФП не установлена. Патофизиология, лежащая в основе ФП, существенно различается у разных пациентов, поэтому, вероятно, необходимы

индивидуальные подходы к лечению. Тем не менее, воспаление является распространенным патологическим процессом при данной форме аритмии и представляет интерес для новых терапевтических методов лечения.

Изменения в образе жизни, такие как отказ от курения и приема алкоголя, приверженность диете, снижение массы тела, контроль уровня артериального давления могут снизить процессы воспаления в организме. Кроме того, такие группы препаратов, как иАПФ и статины оказывают противовоспалительное действие, что в свою очередь может быть одним из механизмов снижения риска развития ФП. Таким образом, если повысить контроль над модифицируемыми факторами риска развития ФП, можно снизить вероятность возникновения этой формы аритмии.

**КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ
С ПЕРЕНЕСЕННЫМИ ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СОБЫТИЯМИ
И КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ**

Д.С. Сидорук – студентка 1414 гр. лечебного факультета

2-я кафедра внутренних болезней

УО Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. А.М. Борис

Актуальность. Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности в Европе, при этом около 44% смертей связаны с ишемической болезнью сердца. Основными задачами профилактики ССЗ являются: предотвращение преждевременной заболеваемости и смертности, улучшение качества жизни и снижение растущих расходов на здравоохранение. Европейское общество кардиологов (ESC) регулярно выпускает рекомендации по профилактике и контролю факторов риска, а также современным методам лечения связанных с атеросклерозом заболеваний. Применение персонифицированного подхода к профилактике и лечению ССЗ с учетом профиля факторов риска, возраста, этнических и географических различий может существенно снизить риски тяжелых осложнений и улучшить прогноз пациентов.

За последние несколько десятилетий были выявлены основные факторы риска ССЗ. Важнейшим направлением профилактики стала пропаганда здорового образа жизни, особенно отказа от курения. Были разработаны эффективные и безопасные методы лечения и контроля факторов риска, определены целевые уровни артериального давления (АД), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), гликемии. Тем не менее по-прежнему высоки распространенность нездорового образа жизни и недостаточный контроль факторов риска даже среди пациентов, перенесших в анамнезе острые коронарные события.

Цель исследования: определить, как соблюдаются в повседневной клинической практике рекомендации по вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе ГУ «МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии». Объектом исследования стали 40 пациентов с ИБС, у которых после верифицированных острых коронарных событий и/или коронарных вмешательств прошло ≥ 6 месяцев. Предметом исследования стали факторы риска ССЗ, выявленные при опросе пациентов, а также при оценке анамнестических данных и результатов лабораторных исследований. Статистическая обработка была проведена с применением программы Microsoft Excel 2016 и программного пакета STATISTICA 10.

Результаты исследования. При опросе выявлялось наличие таких факторов риска, как курение, несоблюдение диеты, недостаточные физическая активность и контроль за АД в домашних условиях, низкая комплаентность к назначенному лечению антигипертензивными и гиполипидемическими лекарственными средствами. Для пациентов с сахарным диабетом (СД) определяли контролируемость уровня глюкозы в крови.

Общее количество пациентов составило 40 человек, среди которых было 37,5% (n=15) женщин и 62,5% (n=25) мужчин. Средний возраст составил 69 ± 14 года. Половину составили пациенты пожилого возраста (60-74 года).

Среди обследованных курили только мужчины (22,5% пациентов, n=9). Наибольший процент курящих пациентов составила возрастная группа от 60 до 69 лет (67% пациентов).

Даже несмотря на наличие острых коронарных событий в анамнезе, никто из пациентов не бросил курить после получения рекомендаций. У 42,5% пациентов выявлена избыточная масса тела, 30% обследованных страдали ожирением.

Только 22,5% пациентов следовали рекомендациям по ограничению потребления соли и легкоусвояемых углеводов. Лишь 15% пациентов имели достаточную физическую активность. Систематически измеряли АД в домашних условиях 60% пациентов, 42,5% опрошенных имели АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. Антигипертензивные препараты принимали 62,5% пациентов (n=25), среди них 80% – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БАР), 52% – блокаторы кальциевых каналов (БКК), 20% – диуретики, 32% – бетаблокаторы, 12% – антигипертензивные препараты центрального действия (моксонидин).

У 92,5% пациентов был выявлен холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) $\geq 1,4$ ммоль/л, у 40% он превышал 3 ммоль/л.

Только 42,5% пациентов принимали статины.

Среди пациентов 15 (37,5%) страдали СД, только у двоих из них (13,3%) контролировался уровень глюкозы в крови.

Выводы. Исходя из результатов данного исследования было выявлено, что в повседневной клинической практике рекомендации по вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ИБС соблюдаются недостаточно.

У пациентов с верифицированной ИБС отмечалась высокая распространенность основных факторов риска ССЗ. Ни один из пациентов не бросил курить, несмотря на очень высокий риск повторных коронарных событий. Большинство пациентов (72,5%) имели избыточную массу тела или ожирение, лишь незначительная их часть внесла изменения в свой рацион питания (22,5%) и имела умеренную физическую активность на регулярной основе (15%). Отмечался недостаточный контроль уровня АД: принимали антигипертензивные препараты 62,5% пациентов, среди них у 44% АД было $\geq 140/90$ мм рт. ст., почти половина пациентов нуждалась в коррекции лечения. У большей части пациентов (92,5%) уровень холестерина ЛПНП составил $\geq 1,4$ ммоль/л, лишь 42,5% пациентов принимали статины.

Таким образом, необходимо уделять больше внимания вторичной профилактике ССЗ: отказу от курения, контролю диеты, регулярным физическим нагрузкам, регулярному приему лекарственных препаратов с целью достижения целевых показателей уровня АД и ЛПНП. Для увеличения эффективности контроля основных факторов риска ССЗ целесообразно объединение усилий междисциплинарной команды медицинских работников (врачей, помощников врачей, медицинских сестер, психологов и др.), пациента и его родственников.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И СЛЕДСТВИЕ ИХ ДЕЙСТВИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ

**Н.А. Алиева – студентка 3 курса 24 группы лечебного факультета,
Р.Г. Бийболатова – студентка 3 курса 3 группы лечебного факультета**
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители: ассистент, к.м.н. К.А. Бийболатова и ассистент К.А. Магомедова

Актуальность. Сахарный диабет – является острой медико-социальной проблемой, По данным ВОЗ, на сегодняшний день диабетом страдает около 422 млн человек, что составляет 6 % от всего населения планеты. Социальная значимость сахарного диабета 2 типа (СД) в прогнозе будет только расти, а причины возникновения этого недуга кроются у нас перед глазами в повседневной жизни с неправильными пищевым и эмоциональным поведением человека, регулируя которые, можно существенно повлиять на формирование болезни.

Цель исследования: изучение влияния основных факторов риска на развитие и течение сахарного диабета II типа.

Материалы и методы. В данном исследовании, на основании добровольного

информированного согласия приняли участие 82 пациента с установленным диагнозом СД 2 типа, из них 30 мужчин (36,2%) и 53 женщины (63,8%). Возраст участников варьировал от 25 до 80 лет. Исследование проводилось на базе ГБУРД Республиканской клинической больницы им. Вишневого. Для решения поставленной задачи нами были разработаны опросники на основании факторов риска известных в настоящий момент по СД 2 типа.

Статистическую обработку полученного материала исследования проводилось с помощью пакета Ms Excel.

Результаты. Получены следующие данные распространённости наиболее агрессивных факторов, принимающих участие в манифесте сахарного диабета (табл. №1).

Таблица №1 Основные факторы риска, влияющие на развитие сахарного диабета 2 типа

Факторы риска	% соотношения по основным ФР до начала болезни (n = 82)	
	Отсутствие фактора	Присутствие фактора
Прием мучных изделий	31 (37,8%)	51 (62,1%)*
Прием сладкого	28 (35,2%)	54 (65,8%)*
Сильный стресс	31 (37,8%)	51 (62,2%)*
Систематический стресс	55 (67,1%)	27 (32,2%)
Наследственность	38 (46,3%)	44 (53,7%)
Вредные привычки	65 (79,2%)	17 (20,8%)
Влияние ковид 19.	60 (73,2%)	22 (26,8%)
Заболевание ПЖ в анамнезе	57 (69,5%)	25 (30,5%)
Гестационный СД (n 53)	50 (94,3%)	3 (5,7%)
Рождение ребенка массой более 4 кг (n 53)	37 (69,8%)	16 (30,2%)
Пассивный образ жизни	23 (28,1%)	59 (71,9%)*

$p > 0,5$ *; $p > 0,05$ **; $p > 0,01$ ***

Как видно из таблицы, наиболее распространёнными факторами являются: прием мучных изделий и сладкого, а также сильный стресс, пассивный образ жизни и наследственность.

Учитывая фактор пищевого поведения пациентов, был проведено распределение, ориентируясь на ИМТ, где рубежом ИМТ для анализа был выбран уровень до 25. Расчёт остальных параметров проводился в цифровом соотношении от 0 до 2, где 0 это отсутствие фактора совсем, 1 - проявление его иногда, а 2 – активное его влияние на образ жизни.

Таблица № 2 Факторы риска, распределенные по ИМТ

Факторы риска	ИМТ до 25 n=24	ИМТ более 25 n=34

Возраст	58,32±12,8	55,4±11,68
мучные изделия до болезни	1,75±0,43*	1,55±0,5*
мучные изделия сейчас	0,78±0,73	0,77±0,6
сладкое до болезни	1,10±0,78*	0,85±0,76
сладкое сейчас	0,71±0,71	0,37±0,55*
диета в целом	0,71±0,76	0,87±0,75
частота приема пищи	0,78±0,62	0,75±0,64
гликированный гемоглобин	9,9±2,3	10,2±2,28
сахарная кривая	10,1±5,3	10,9±3,7

$p > 0,5$ *; $p > 0,05$ **; $p > 0,01$ ***

В общей группе прием мучных изделий до болезни соизмерим, как у больных с повышенным питанием, так и у людей с нормальной конституцией. Имеются статистически значимые показатели того, как на фоне болезни пациенты сократили прием мучного в обеих группах. Прием сладкого до болезни в группе с нормальным ИМТ в соотношении с сегодняшним днем имеют статическую достоверность, то есть на фоне приема больные заметно сократили прием сладкого. Также статистически заметно, что люди с повышенным индексом почти полностью исключили сладкое. Диеты в целом с успехом придерживаются сейчас обе группы. Что видно по показателям гликированного гемоглобина и сахарной кривой, который как следствия на сегодняшний день между группами почти одинаковые, то есть СД конечно присутствует, однако посредством диеты, несмотря на вес можно держать стабильные умеренные сахара.

Таблица №3 Факторы риска, распределенные в зависимости от стресса.

Факторы риска	Сильный стресс	
	Присутствовал (n= 51)	Отсутствовал (n =31)
ИМТ	29,2±8,6	30,3±8,4
Возраст	56,8±11,2	55,8±11,2
Диета	0,68±0,7	1,03±0,79*
Систематический стресс до начала болезни	1,35±0,74*	0,35±0,55
Систематический стресс в период болезни	0,96±0,69	0,61±0,76
Отход ко сну	1,09±0,78*	0,8±0,74
Разминка	1,15±0,64	0,9±0,7
Ходьба	0,94±0,83	0,96±0,91
Вид работы	1,07±0,2	1±0

Сахарная кривая	10,5±4,2	10,6±3,1
Гликированный гемоглобин	9,9±3,43	10,23±2,16

$p > 0,5$ *; $p > 0,05$ **; $p > 0,01$ ***

Выводы:

1. Основными факторами риска развития сахарного диабета II типа являются: избыточный прием мучных изделий и сладкого, сильный стресс, пассивный образ жизни и наследственность.
2. Соблюдение диеты позволяет удерживать стабильные умеренные уровни глюкозы в сыворотке крови.
3. Сильный стресс может служить предиктором развития сахарного диабета.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА G84A ГЕНА НЕЙРОНАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА С УРОВНЯМИ СУБСТРАТОВ СИСТЕМЫ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА И РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННОГО СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT

Л.В. Колоцей – ассистент 1-й кафедры внутренних болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Научный руководитель – член-корр. НАН Беларуси, д.м.н., проф. В.А. Снежицкий

Актуальность. На сегодняшний день роль молекулярно-генетического компонента в патогенезе лекарственно-индуцированного синдрома удлиненного интервала QT (СУИ QT) не подлежит сомнению. Список возможных генов-кандидатов развития лекарственно-индуцированного СУИ QT обширен и включает не только довольно хорошо изученные гены, кодирующие белки, входящие в состав ионных каналов (KCNQ1, KCNH2, SCN5A и др.), но и гены многих метаболических систем, в том числе и системы синтеза оксида азота (NO). К одним из перспективных лабораторных предикторов удлинения интервала QT и развития полиморфной ЖТ относятся нейрональная синтаза оксида азота (NOS1) и её адаптерный протеин (NOS1AP). В кардиомиоците NOS1 отвечает за процесс S-нитрозилирования кальциевого канала рианодинового рецептора 2, а её дефицит приводит к повышению уровня кальция и возникновению диастолических кальциевых волн. Ген NOS1 расположен на длинном плече 12-й хромосомы и содержит 33 экзона. К настоящему времени известно более 100 полиморфизмов данного гена, однако наиболее полно исследован полиморфизм G84A (rs41279104). По всей вероятности, эта замена вносит свой вклад в уменьшение экспрессии гена NOS1: генотип –84AA и аллель –84A связаны со сниженной на 30% *in vitro* и на 50% *in vivo* экспрессией нейрональной NO-синтазы, что может снижать эффективность реализации её физиологических эффектов в миокарде.

Цель исследования - оценить взаимосвязь полиморфизма G84A гена NOS1 с уровнями NOS1 и NOS1AP и риском развития лекарственно-индуцированного СУИ QT на фоне приема антиаритмических препаратов (ААП) III класса.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 пациентов: из них 75 (основная группа) – с ишемической болезнью сердца (ИБС) и/или артериальной гипертензией (АГ) и нарушениями ритма сердца, принимавшие антиаритмические препараты III класса (амиодарон либо соталол) и 25 – с хроническими формами ИБС и/или АГ без анамнеза нарушений сердечного ритма. Все пациенты, принимавшие ААП III класса, были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия удлинения интервала QT. Первую группу («СУИ QT») составили 45 пациентов, из них 27 (60%) женщин и 18 (40%) мужчин, средний возраст – $54,5 \pm 6,6$ лет, у которых отмечалось лекарственно-индуцированное удлинение скорректированного интервала QT (Bazett) (свыше 450 мс у мужчин и свыше 470 мс у женщин) на фоне приема ААП III класса. Во вторую группу («Без СУИ QT») вошли 30 пациентов, из них 14 (46,6%) женщин и 16 (53,4%) мужчин, средний возраст – $55,3 \pm 7,1$ лет, без наличия лекарственно-индуцированного СУИ QT. В качестве группы контроля обследованы 25 пациентов с хроническими формами ИБС и/или АГ, из них 11 (44%) женщин и 14 (56%) мужчин, средний возраст – $57,6 \pm 9,2$ лет, без анамнеза нарушений ритма сердца и опыта приема ААП.

Всем пациентам проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования, включавшие в себя сбор анамнеза, физикальные исследования, запись ЭКГ в 12-ти отведениях, 24-часовое ХМ-ЭКГ, определение концентрации NOS1 и NOS1AP в плазме крови методом иммуноферментного анализа и. определение полиморфизма G84A гена NOS1 с помощью методики полимеразной цепной реакции. Статистический анализ выполнялся с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0.

Результаты исследования. Пациенты исследуемых групп на момент включения в исследование были сопоставимы по полу, возрасту и клинико-нозологической характеристике (наличию и степени АГ, форме ИБС, наличию в анамнезе инфаркта миокарда, функциональному классу ХСН по классификации NYHA). При оценке распределения частот генотипов и аллелей по полиморфизму G84A гена NOS1 установлено, что в исследуемой выборке аллель G встречалась в 69,5% случаев, а аллель A – в 30,5% случаев. Генотип GG встречался у 50% пациентов, GA – у 39%, генотип AA выявлен в 11% случаев. Распределение соответствовало равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2=0,64$, $p=0,73$).

При изучении частоты распределения генотипов и аллелей полиморфизма G84A гена NOS1 среди пациентов исследуемых групп установлено, что в группе пациентов с лекарственно-индуцированным СУИ QT достоверно чаще встречалась аллель A (42,39%) по сравнению с группой «Без СУИ QT» (21,67%, $p=0,013$), а также группой «Без ААП» (22%,

$p=0,015$). В группе пациентов с лекарственно-индуцированным СУИ QT достоверно реже по сравнению с другими группами встречался генотип GG ($p<0,05$), а также наблюдалась тенденция к более высокой встречаемости генотипов AA и GA, однако не достигшая критериев статистической значимости. Следует отметить, что у пациентов без наличия удлинения интервала QT и пациентов группы «Без ААП» распределение частот генотипов и аллелей не имело статистически значимых различий ($p>0,05$) и носило сходный характер.

Затем все пациенты, принимавшие ААП III класса (группы «СУИ QT» и «Без СУИ QT»), в зависимости от генотипа по полиморфному варианту G84A были разделены на три подгруппы: с генотипом GG ($n=35$), с генотипом GA ($n=30$) и с генотипом AA ($n=10$). Пациенты с генотипом AA характеризуются достоверно более низкими уровнями NOS1 (1,59 [1,29; 1,82] мкг/л) по сравнению с пациентами с генотипом GG (2,01 [1,59; 2,37] мкг/л), $p=0,045$. У пациентов с генотипом AA выявлены более низкие значения NOS1AP (275 [70; 451] нг/л) по сравнению с пациентами с генотипом GG (582 [362; 780] нг/л, $p=0,023$) и с генотипом GA (526 [369; 560] нг/л, $p=0,047$).

При оценке относительного риска развития у пациентов лекарственно-индуцированного удлинения интервала QT при применении ААП III класса в зависимости от полиморфизма G84A гена NOS1 были получены следующие результаты. Присутствие аллели А в генотипе связано с увеличением риска развития лекарственно-индуцированного удлинения интервала QT (OR=1,78, 95% ДИ 1,29–3,03, $p=0,002$).

В то же время присутствие в генотипе аллели G снижало риск развития лекарственно-индуцированного удлинения интервала QT (OR=0,60, 95% ДИ 0,45–0,81, $p=0,002$). Следует отметить, что наличие генотипов GG (OR=0,49, 95% ДИ 0,18–1,35, $p=0,170$), GA (OR=1,59, 95% ДИ 0,89–2,84, $p=0,156$) и AA (OR=1,31, 95% ДИ 0,31–3,43, $p=0,711$) не носило статистически значимых ассоциаций с риском развития лекарственно-индуцированного удлинения интервала QT.

Выводы. У пациентов с лекарственно-индуцированным СУИ QT при применении ААП III класса достоверно чаще встречалась аллель А полиморфизма G84A гена NOS1 (42,39%) по сравнению с пациентами без лекарственно-индуцированного СУИ QT ($p=0,013$), а также участниками контрольной группы ($p=0,015$). Пациенты с генотипом AA полиморфизма G84A гена NOS1 характеризуются достоверно более низкими уровнями NOS1 ($p=0,045$) и NOS1AP ($p=0,023$) плазмы крови по сравнению с пациентами с генотипом GG. Риск развития лекарственно-индуцированного СУИ QT при применении ААП III класса ассоциирован с наличием аллели А ($p=0,002$) полиморфизма G84A гена NOS1, что может учитываться при персонализированном подходе к назначению антиаритмической терапии у разных категорий пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М.М. Островская - студентка 622 гр. лечебного факультета
Кафедра поликлинической терапии и клинической фармакологии

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Научный руководитель: доцент, к.м.н. И.Н Барышникова

Актуальность: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) до сих пор остаются основной причиной смерти во всем мире, при этом большое количество пациентов нередко имеет тяжелую сопутствующую патологию, которая может в несколько раз повышать риск сердечно-сосудистой смертности. Исследование факторов кардиоваскулярного риска у пациентов с коморбидной патологией позволит выделить ведущие маркеры преждевременной сердечно-сосудистой смертности у этой категории пациентов. Для разработки оптимальных методов лечения и профилактики преждевременной сердечно-сосудистой смертности у коморбидных пациентов важным представляется исследование липидного профиля, а именно не-ЛПВП-холестерина, отражающего все потенциально атерогенные фракции липопротеинов.

Цель исследования: изучить особенности липидного профиля у коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы исследования: Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 59 пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии (г. Челябинск) с 2021 по 2022 год. Из 59 пациентов мужчин было 26 чел. (44,1%), женщин - 33 чел. (55,9%). Средний возраст пациентов составил 73 года $\pm$ 6 лет. Среднее количество дней пребывания в стационаре составило 3 дня. Было выявлено, что у многих пациентов, помимо ССЗ имелись в анамнезе сочетанные заболевания, наиболее частым сочетанным заболеванием был сахарный диабет.

Пациенты были разделены на 3 основные группы:

- 1 группа – пациенты с изолированными сердечно-сосудистыми заболеваниями – 10 человек (16,9 %);
- 2 группа – пациенты с сердечно-сосудистым заболеванием в комбинации с сахарным диабетом 2 типа - 27 человек (45,7%);
- 3 группа – пациенты с коморбидной патологией без сахарного диабета - 22 человека (35,6%).

У пациентов в выделенных группах проводился анализ липидного профиля, оценивались следующие показатели: ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, ЛППП, ТГ, общий холестерин и не-ЛПВП-холестерин.

Результаты исследования: В изучаемых группах был проведен анализ частоты встречаемости гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии. В первой группе было выявлено, что гиперхолестеринемия была у 6 пациентов (60%), а гипертриглицеридемия встречалась у 2 чел. (20%). Во второй группе гиперхолестеринемия встречалась у 7 пациентов

(25,9%), а гипертриглицеридемия выявлена у 6 пациентов (22,2%). В третьей группе гиперхолестеринемия выявлена у 8 пациентов (36,4%), а гипертриглицеридемия была выявлена у 10 человек (45,5%). Также стоит отметить, что именно в третьей группе наиболее чаще отмечалось совместное повышение холестерина и триглицеридов (5 чел. 22,7%).

При анализе липидного спектра в первой группе уровень общего холестерина составил $5,0 \pm 1,13$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,76 \pm 1,05$ ммоль/л, ХС ЛПНП $2,88 \pm 1,4$ ммоль/л, триглицеридов - $2,44 \pm 4,3$ ммоль/л, Не-ЛПВП Холестерин $3,24 \pm 1,5$ ммоль/л, коэффициент атерогенности составил $2,2 \pm 1,75$. Стоит отметить, что такие значения по триглицеридам получены, т.к. в данной группе имеется мужчина с уровнем триглицеридов 14,24 ммоль/л.

При анализе липидного спектра во второй группе уровень общего холестерина составил $4,48 \pm 1,47$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,2 \pm 0,89$ ммоль/л, ХС ЛПНП $2,73 \pm 1,2$ ммоль/л, триглицеридов $1,56 \pm 1,19$ ммоль/л, Не-ЛПВП Холестерин $3,27 \pm 1,08$ ммоль/л, коэффициент атерогенности составил $2,7 \pm 1,2$.

При анализе липидного спектра в третьей группе уровень общего холестерина составил $4,78 \pm 1,6$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,24 \pm 0,89$ ммоль/л, ХС ЛПНП $2,8 \pm 1,3$ ммоль/л, триглицеридов $1,59 \pm 0,7$ ммоль/л, Не-ЛПВП Холестерин $3,56 \pm 1,46$ ммоль/л, коэффициент атерогенности составил $3,32 \pm 2,07$.

Статистически значимых различий по показателям липидного спектра в изучаемых группах не было получено ($p > 0.05$), что может быть связано с малым количеством наблюдений, однако в третьей группе пациентов с коморбидной патологией, умерших от ССЗ, наблюдаются более высокие значения коэффициента атерогенности и Холестерина не-ЛПВП, чем в группах больных с изолированным ССЗ или в сочетании с сахарным диабетом.

В каждой группе производился более детальный анализ по параметрам ЛПНП, ЛПВП и коэффициенту атерогенности. Если рассмотреть ЛПНП, было выделено 5 групп по уровню ЛПНП: менее 3 ммоль/л, от 2,6 до 3 ммоль/л, от 1,8 до 2,6 ммоль/л, от 1,4 до 1,8 ммоль/л и менее 1,4 ммоль/л. При анализе 1 группы было выявлено, что данные о ЛПНП имелись у 9 человек, и из них с уровнем выше 3 ммоль/л были 5 (50%) человек (4 мужчин (40%) и 1 женщина (10%)), 1 женщина (10%) имела уровень ЛПНП в диапазоне от 2,6 до 3 ммоль/л и 3 пациентов (2 женщины (20%) и 1 мужчина (10%)) имели значения ЛПНП менее 1,4 ммоль/л. Во второй группе пациентов были данные об уровне ЛПНП у 23 человек (85,2%), из них 10 (37%) имели уровень ЛПНП выше 3 ммоль/л (2 мужчины (7,4%) и 8 женщин (29,6%)), 3 человека имели уровень ЛПНП в диапазоне от 2,6 ммоль/л до 3 ммоль/л (1 мужчина (3,7%) и 2 женщины (7,4%)), 5 человек имели уровень ЛПНП в диапазоне от 1,8 до 2,6 ммоль/л (4 мужчины (14,8%) и 1 женщина (3,7%)), 4 мужчины (14,8%) имели уровень ЛПНП в диапазоне 1,4-1,8 ммоль/л и лишь 1 женщина (3,7%) уровень менее 1,4 ммоль/л. В третьей группе пациентов данные об уровне ЛПНП имелись у 21 человека (95,4%), у 7 человек (31,8%)

уровень ЛПНП был выше 3 ммоль/л (2 мужчины (9%) и 5 женщин (22,7%)), от 2,6 до 3 ммоль/л значения ЛПНП были у 1 женщины (4,5%), уровень ЛПНП в диапазоне 1,8-2,6 ммоль/л был у 8 человек (36,4%) из них 5 женщин (22,7%) и 3 мужчин (13,6%), уровень ЛПНП в диапазоне 1,4-1,8 ммоль/л был у 3-х пациентов (13,6%) из них 2 мужчин (9%) и 1 женщина (4,5%), уровень ЛПНП ниже 1,4 ммоль/л был у 1 мужчины (4,5%) и у 1 женщины (4,5%).

Уровень ЛПВП ниже 1,0/1,2 ммоль/л встречался в 1 группе у 3-х пациентов (30%), во 2 группе у 16 человек (59,2%), а в третьей группе у 10 человек (45,5%).

Коэффициент атерогенности в 1 группе был выше 4 у 2 мужчин (20%), во 2 группе значение коэффициента атерогенности выше 4 было у 7 человек (25,9%), а в третьей группе значение коэффициента атерогенности выше 4 встречалось у 9 человек (40,9%).

Выводы: По сравнению с пациентами с изолированным ССЗ или в сочетании только с сахарным диабетом более часто у умерших пациентов с коморбидной патологией встречалась гипертриглицеридемия, а также были выявлены более высокие значения коэффициента атерогенности и Холестерина не-ЛПВП.

Таким образом, в качестве факторов риска преждевременной сердечно-сосудистой смертности у коморбидных пациентов можно рассматривать высокие показатели триглицеридов, коэффициента атерогенности и Холестерина не-ЛПВП. Полученные результаты требуют проведения дальнейших исследований в данном направлении на большем размере выборки.

СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ю.Б.Абдулова - студент 602 гр. лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии и клинической фармакологии

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Научный руководитель: доцент, к.м.н. И.Н. Барышникова

Актуальность. В условиях пандемии, вызванной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, особую группу риска составляют пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Сочетание сердечно-сосудистой патологии с другими хроническими неинфекционными заболеваниями является неблагоприятным фактором, определяющим более тяжелое течение новой коронавирусной инфекции и развитие летальных исходов. Изучение структурно-морфологических изменений сердца у коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции, позволит выделить маркеры неблагоприятного прогноза, стратифицировать риск преждевременной смертности и определить тактику ведения данной категории пациентов.

Цель исследования: провести сравнительный анализ структурно-морфологических изменений сердца у коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 63 коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии и новой коронавирусной инфекции при стационарном лечении (г. Челябинск) за период с 2022 по 2023 гг. Из них было 29 мужчин (46%) и 34 женщины (54%). Средний возраст составил $74,57 \pm 11,58$ лет. Пациенты были разделены на 2 группы:

1 группу составили 47 коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии. Средний возраст составил $74,47 \pm 11,86$ лет.

2 группу составили 16 коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции. Средний возраст составил $74,88 \pm 11,06$ лет.

По половозрастному составу изучаемые группы достоверно не различались.

Структурно-морфологические изменения сердца оценивались по данным трансторакального эхокардиографического исследования. Типы структурно-морфологического ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) определяли с учетом индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), при этом критерием гипертрофии миокарда считалось значение $\text{ИММЛЖ} > 110 \text{ г/м}^2$, а также величины относительной толщины стенки миокарда (ОТС) левого желудочка, которую рассчитывали по формуле: $\text{ОТС} = \text{ТМЖП} + \text{ТЗСЛЖ} / \text{КДР}$, где ОТС – относительная толщина стенки миокарда ЛЖ, ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки, ТЗСЛЖ – толщина задней стенки ЛЖ, КДР – конечно-диастолический размер ЛЖ.

Выделялись следующие типы ремоделирования миокарда:

1. Нормальная геометрия миокарда ЛЖ (ИММЛЖ в пределах нормы, $\text{ОТС} < 0,45$);
2. Концентрическое ремоделирование (ИММЛЖ в пределах нормы, $\text{ОТС} > 0,45$);
3. Концентрическая гипертрофия (ИММЛЖ больше нормы, $\text{ОТС} > 0,45$);
4. Эксцентрическая гипертрофия миокарда (ИММЛЖ больше нормы, $\text{ОТС} < 0,45$).

Результаты исследования. При анализе структуры коморбидной патологии в изучаемых группах установлено, что в группе коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии 2 заболевания встречались у 5 чел. (10,6%), 3 и более заболеваний выявлено у 42 чел. (89,4%). По структуре заболеваний в 1 группе пациентов ишемическая болезнь сердца встречалась у 42 чел. (89,4%), дилатационная кардиомиопатия у 3 чел. (6,4%), пороки сердца у 2 чел. (4,25%), фибрилляция предсердий у 19 чел. (40,4%), заболевания органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма) у 5 чел. (10,6%), заболевания органов желудочно-кишечного тракта у 26 чел. (55,3%), патология щитовидной железы у 3 чел. (6,4%). В группе коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции 3 и более заболеваний выявлено у 16 чел. (100%), следовательно,

все пациенты, умершие от новой коронавирусной инфекции имели полипатии. По структуре заболеваний во 2 группе пациентов ишемическая болезнь сердца диагностирована у 6 чел. (37,5%), фибрилляция предсердий у 3 чел. (18,75%), сахарный диабет встречался у 5 человек (31,25%), заболевания органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь) у 7 чел. (43,75%), заболевания ЖКТ у 5 чел. (31,25%).

В изучаемых группах был проведен анализ распространенности факторов кардиоваскулярного риска. Ожирение встречалось в 1 группе у 16 чел. (34%), во 2 группе у 3 чел. (18,75%), при этом средние значения индекса массы тела в 1 группе составили 29 ± 10 , а во 2 группе $24,35 \pm 6,22$. Артериальная гипертензия выявлена в 1 группе у 47 чел. (100%), во 2 группе у 4 чел. (25%), курение встречалось в 1 группе у 10 чел. (21,3%), во 2 группе у 2 чел. (12,5%), злоупотребление алкоголем установлено в 1 группе у 3 чел. (6,4%), во 2 группе у 6 чел. (37,5%). При анализе распространенности факторов кардиоваскулярного риска в изучаемых группах было установлено, что в группе коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии достоверно чаще встречается артериальная гипертензия (критерий Хи-квадрат=49,39, $p < 0,001$), а в группе коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции достоверно чаще диагностировано злоупотребление алкоголем (критерий Хи-квадрат=9,43, $p = 0,003$).

В группе коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии, выявлены следующие структурно-морфологические изменения сердца: КДР ЛЖ $5,52 \pm 0,84$ см, КСР ЛЖ $3,92 \pm 0,83$ см, ФВ (Simpson) $37,17 \pm 14,4\%$, индекс ЛП $2,56 \pm 0,75$, КДО ЛЖ $136 \pm 67,6$ мл, КСО ЛЖ $82,2 \pm 43$ мл, ТМЖП $1,06 \pm 0,17$ см, ЗСЛЖ $1,01 \pm 0,15$ см, ММЛЖ $225,06 \pm 71,2$ г, ИММЛЖ $125,2 \pm 37,3$ г, ОТС $0,37 \pm 0,06$, ПЖ $3,6 \pm 0,82$ см. В группе коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции наблюдались следующие структурно-морфологические изменения сердца: КДР ЛЖ $4,68 \pm 0,55$ см, КСР ЛЖ $3,14 \pm 0,77$ см, ФВ (Simpson) $= 52 \pm 12,2\%$, индекс ЛП $2,4 \pm 0,58$, КДО $79,2 \pm 37,1$ мл, КСО $31,3 \pm 19,3$ мл, ТМЖП $0,99 \pm 0,16$ см, ЗСЛЖ $0,97 \pm 0,14$ см, ММЛЖ $166,6 \pm 66,3$ г, ИММЛЖ $82,6 \pm 38,7$, ОТС $0,39 \pm 0,05$, ПЖ $4 \pm 0,81$. Статистически значимых различий по указанным эхокардиографическим параметрам в изучаемых группах не получено. Однако в 1 группе отмечается тенденция к увеличению массы миокарда, дилатации левых отделов сердца и снижению фракции выброса, что обусловлено тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Во 2 группе отмечается в сравнении с 1 группой увеличение значений относительной толщины стенок миокарда и дилатации правых отделов сердца.

При анализе частоты встречаемости различных типов ремоделирования миокарда в изучаемых группах было установлено, что в группе коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии, нормальная геометрия миокарда ЛЖ наблюдалась у 14 чел. (29,8%), эксцентрическая гипертрофия у 26 чел. (55,3%), концентрическая гипертрофия у 7

чел.(14,9%). У коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции нормальная геометрия миокарда ЛЖ наблюдалась у 7 чел. (43,75%), эксцентрическая гипертрофия у 3 чел. (18,75%) и статистически значимо чаще в этой группе наблюдалось концентрическое ремоделирование миокарда у 6 чел. (37,5%) (точный критерий Фишера=0,00012, Хи-квадрат=19,48, $p<0,05$).

Выводы. В группе коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции, достоверно чаще диагностировано злоупотребление алкоголем. Следовательно, злоупотребление алкоголем следует рассматривать как фактор неблагоприятного прогноза у данной категории пациентов. При анализе структурно-морфологических изменений миокарда было продемонстрировано, что в группе коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции, достоверно чаще встречается концентрическое ремоделирование миокарда, это свидетельствует об увеличении толщины стенок миокарда при относительно нормальных показателях массы миокарда и индекса массы миокарда. При коронавирусной инфекции данное явление может быть обусловлено вовлечением миокарда в воспалительный процесс с возможным последующим развитием фиброза миокарда.

ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

А.В. Янова – студент 622 гр. лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии и клинической фармакологии

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Научный руководитель: доцент, к.м.н. И.Н. Барышникова

Актуальность. Коморбидная патология значительно отягощает течение новой коронавирусной инфекции и увеличивает риск преждевременной смертности. В условиях распространения пандемии COVID-19 для разработки эффективных методов лечения, стратификации риска необходимым условием является поиск факторов, повышающих риск смерти у коморбидных пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

Цель исследования: изучить факторы кардиоваскулярного риска у коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 63 коморбидных пациентов, умерших при стационарном лечении от сердечно-сосудистой патологии или ковидной инфекции (г. Челябинск) в период с 2021 по 2022 год. Из 63 пациентов мужчин было 29 чел. (46%), а женщин - 34 чел. (54%). Средний возраст составил 75 ± 6 лет.

Все пациенты были разделены на 2 группы:

1 группа – коморбидные пациенты, умершие от коронавирусной инфекции (17 человек). Средний возраст пациентов составил $76 \pm 5,8$ лет.

2 группа – коморбидные пациенты, без ковидной инфекции, умершие от сердечно-сосудистой патологии (46 человек). Средний возраст пациентов составил $74 \pm 6,2$ года.

Результаты исследования. В структуре заболеваемости у больных с коморбидной патологией, умерших от коронавирусной инфекции ишемическая болезнь сердца встречалась у 7 чел (40%), сахарный диабет - 1 чел (6%), заболевания органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких - 4 чел (24%), заболевания органов ЖКТ - 2 чел (12%), анемия встречалась у 2 чел (12%).

В структуре заболеваемости у больных с коморбидной патологией, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний, ишемическая болезнь сердца диагностирована у 20 чел. (44%) при этом инфаркт миокарда как причина смерти развился у 3 чел. (7%). Ревматические и дегенеративные пороки аортального и митрального клапана встречались у 6 чел (13%), сахарный диабет - 7 чел (16 %), заболевания органов дыхания - 3 чел (6%), гипотиреоз - 1 чел (2%), заболевания органов ЖКТ - 4 чел (8%), анемия встречалась у 2 чел (4%).

При анализе сочетаний заболеваний в изучаемых группах установлено, что в группе больных с коморбидной патологией, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний, 2 заболевания встречалось у 22 чел (48%), 3 заболевания - у 13 чел (28%), 4 и более заболеваний встречалось у 11 чел (24%). В группе больных у коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции 2 заболевания встречалось у 12 чел (70%), 3 заболевания - у 3 чел (18%), а 4 и более заболеваний встречалось у 2 чел (12%).

Следовательно, уже наличие только 2 заболеваний в группе коморбидных больных с COVID19 отягощало течение заболевания и приводило к летальности, тогда как у коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии, большее значение имело увеличение количества заболеваний, а именно развитие полипатии.

При изучении распространенности факторов кардиоваскулярного риска в изучаемых группах было установлено, что у коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции, артериальная гипертензия встречалась в 29% случаев (5 чел.), а у пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний, в 100% случаев (46 чел.).

Ожирение выявлено в 24% случаях (4 чел.) у коморбидных пациентов умерших от новой коронавирусной инфекции, а в группе коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний - в 33% случаях (15 чел.).

Курение встречалось в 12% случаях (2 чел.) коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции, а у коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний в 22 % случаях (10 чел.).

Злоупотребление алкоголем зарегистрировано в 17% случаях (3 чел.) у коморбидных

пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции, и в 2% случаях (1 чел.) у коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний.

Гипертриглицеридемия встречалась в 12% случаях (2 чел.) у коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции, и в 26% случаях (12 чел.) у коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний.

Гиперхолестеринемия выявлена в 12% случаях (2 чел.) у коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции, и в 26 % случаях (12 чел.) у коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний.

По данным проведенной трансторакального эхокардиографического исследования сердца гипертрофия левого желудочка диагностирована в 41% случаях (7 чел.) у коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции, и в 63% случаях (29 чел.) у коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний.

Факторы кардиоваскулярного риска (ожирение, курение, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, артериальная гипертензия и гипертрофия миокарда левого желудочка) более часто встречались у коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний, чем у коморбидных пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции. Злоупотребление алкоголем чаще встречалось в группе коморбидных пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Статистически значимых различий по факторам кардиоваскулярного риска в изучаемых группах не было получено ($p > 0.05$), что может быть связано с малым количеством наблюдений.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что наличие даже только 2 заболеваний в группе коморбидных больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 отягощало течение заболевания и приводило к летальности, тогда как у коморбидных пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии, большее значение имело увеличение количества сопутствующей патологии, а именно развитие полипатии. Факторы кардиоваскулярного риска оказали большее влияние на увеличение сердечно-сосудистой смертности у коморбидных больных, при этом нельзя исключить, что наличие факторов кардиоваскулярного риска и их сочетание у коморбидных пациентов, также может повышать вероятность летальности при новой коронавирусной инфекции. Также отмечено у пациентов с COVID-19 увеличение частоты встречаемости злоупотребления алкоголем. Полученные результаты требуют проведения дальнейших исследований в данном направлении на большем размере выборки.

ОСОБЕННОСТИ КЛИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ

ПАЦИЕНТОВ

А.В. Даутова, Т.И. Зигангирова - студентки 603 гр. и 608 гр. лечебного факультета
Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики

и лечения, военно-полевой терапии

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Э.Ш. Шаверская

Актуальность: В последнее время все большую актуальность приобретает такая патология как МАЖБП, становясь одной из важнейших проблем здравоохранения во всех странах мира. Опираясь на данные клинических исследований, можно отследить тенденцию к подъему заболеваемости данной патологией среди пациентов. Важность выявления метаболически ассоциированной жировой болезни печени заключается в том, что она является неотъемлемой частью метаболического синдрома, наравне с такими его проявлениями, как ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемия и артериальная гипертензия. Подобный комплекс нарушений не ограничивается поражением одной системы и затрагивает, в том числе, и сердечно-сосудистую систему, индуцируя развитие или усугубление имеющихся сердечных патологий.

Цель исследования: Изучить корреляцию между метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЖБП) и гипертонической болезнью (ГБ) с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования: Было исследовано 56 медицинских карт стационарного больного, госпитализированных с ухудшением ИБС и/или ГБ в июне-июле 2021 г. в кардиологическое отделение ГАУЗ РТ «БСМП» города Набережные Челны.

Результаты исследования: В исследование вошли 31 женщина (55,4%) и 25 мужчин (44,6%), средний возраст пациентов составил 67 лет $\pm$ 10 лет. МАЖБП, согласно критериям 2020 г Европейской ассоциации по изучению болезней печени, среди пациентов первой группы (ИБС+ГБ) наблюдалась – у 17 из 45 человек (37,8%). Стеатоз печени, выявленный при ультразвуковом методе обследования – 1 случай (5,9%), стеатогепатит с синдромом цитолиза (АЛТ = $154,9 \pm 102,0$ Ед/л; АСТ = $109,9 \pm 93,9$ Ед/л) – 16 случаев (94,1%). Среди пациентов второй группы (ГБ), МАЖБП наблюдалась – у 5 из 11 человек (45,5%): стеатоз печени – 3 случая (60,0%), стеатогепатит (АЛТ = $30,9 \pm 9,1$ Ед/л ($p < 0,05$); АСТ = $48,6 \pm 0,5$ Ед/л ($p < 0,05$) – 2 случая (40,0%).

Выводы: Наблюдается большая распространенность заболеваемостью МАЖБП среди пациентов с диагностированной сердечно-сосудистой патологией (37,8% - у пациентов с ИБС+ГБ, 45,5% - у пациентов с ГБ), при этом среди пациентов с одновременным наличием ИБС и ГБ преобладает стеатогепатит, а среди пациентов, имеющих только ГБ, чаще

встречается – стеатоз печени. У таких пациентов, имеющих в сопутствующем диагнозе метаболически ассоциированную жировую болезнь печени, ухудшается течение имеющейся кардиоваскулярной патологии и повышается риск фатальных осложнений. В свою очередь, этот факт обосновывает необходимость в проведении скрининга на наличие данного заболевания среди пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Это дает возможность своевременно и в полном объеме оказать необходимое лечение для предупреждения возможного прогрессирования сердечных нарушений на фоне МАЖБП.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.А. Маквецяи, Д.Д. Муминов, Э.В. Ризванова, М.Р. Ханова, А.А. Муртазин

Кафедра судебной медицины

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель: ассистент К. О. Кузнецов

Актуальность. Цирроз печени – хроническое заболевание, характеризующееся диффузным разрастанием соединительной ткани, обуславливающее цитоархитектонические изменения в структуре органа с образованием ложных долек. Нарушения, возникающие в мышечной системе при циррозе печени характеризуются потерей мышечной массы. Снижение толерантности к физическим нагрузкам обуславливается степенью нарушений функций печени у данной группы пациентов. Степень распространённости саркопении в группе пациентов с циррозом печени высока [3,7,8]. Ряд авторов считает, что задержку потери мышечной массы могут обеспечить физические упражнения. Это обусловлено тем, что при выполнении определённых программ происходит увеличение мышечной массы, показателей мышечной силы. Также выполнение упражнений может способствовать лучшему контролю гликемии крови, синтезу белка, что улучшит качество жизни и прогноз у пациентов данной группы [6]. Физические упражнения способствуют выраженным гемодинамическим и гуморальным изменениям, характеризующимся увеличением сердечного выброса, перераспределением кровотока к мышечным участкам при нагрузке и увеличением симпатoadренергической активности. Однако стоит отметить, что физические упражнения могут способствовать повышению портального давления, что является повышенным риском развития кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Эти данные свидетельствуют о том, что пациентов с циррозом печени в стадии компенсации и портальной гипертензией следует информировать о потенциальных рисках и проводить реабилитационные мероприятия под контролем специалистов. Выполнение физических упражнений у пациентов декомпенсированным циррозом печени не рекомендуется, ввиду повышенного риска осложнений [1].

Цель работы. Изучение публикаций о влиянии физических упражнений,

характеризующихся аэробной нагрузкой и их роли в изменении качества жизни, функциональной активности мышечной и дыхательной систем у пациентов с циррозом печени.

Материалы и методы. Авторами был произведен электронный поиск публикаций в базах данных PubMed/Medline, Scopus и Google Scholar. Поиск осуществлялся по следующим ключевым словам: «rehabilitation», «liver cirrhosis», «quality of life», «portal hypertension». Авторы независимо друг от друга осуществляли отбор релевантных исследований. В обзор включались исследования, опубликованные на английском языке, преимущественно за последние 10 лет.

Результаты и обсуждения. Средний возраст пациентов с циррозом печени варьировал от 18 до 75 лет. Было выявлено, что наиболее частой жалобой при выполнении физических упражнений являлось повышенная утомляемость [6]. Данное явление, по мнению ряда авторов, связано с повышенной физической активностью в период проведения исследования. В анализируемых исследованиях было выявлено, что данный симптом становился менее выраженным при выполнении физических упражнений 2-3 раза в день в течение 6-8 недель [6,9].

Выполнение теста 6-минутной ходьбы выявило увеличение на 98 метров. Минимальное увеличение данного показателя было зафиксировано Grupa и соавт. и составило 30,5 метров [4]. Максимальный показатель был равен 151 метру [7].

Оценка концентрической изокINETической силы выявила значительно увеличение показателя от 21,5 до 61 Н/м. После 14 недель выполнения аэробных физических упражнений было выявлено увеличение мышечной силы на 5,9%, силы мышц нижних конечностей продемонстрировала повышение на 10,3% за 12 недель [8].

Данные исследования позволяют сделать вывод о том, что выполнение физических упражнений у пациентов с компенсированным циррозом печени способствует эффективному лечению саркопенического процесса и повышает качество жизни у исследуемых в данной группе. Однако стоит помнить о том, что аэробные нагрузки могут способствовать повышенному риску развития таких осложнений как кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, ввиду повышения давления в портальной системе.

Заключения и выводы. Таким образом, было выявлено, что 12 недель выполнения аэробных физических нагрузок способствуют уменьшению утомляемости, повышению функциональной активности дыхательной и мышечной систем. Однако, пациентов с декомпенсированным циррозом печени и/или портальной гипертензией следует информировать о потенциальных рисках во время физических упражнений.

Список литературы.

1. Baiges A, Hernández-Gea V, Bosch J. Pharmacologic prevention of variceal bleeding and rebleeding / A. Baiges, V. Hernández-Gea, J. Bosch // Hepatol Int. 2018. № 12. P. 68-80.

2. Chen HW, Ferrando A. Home-based physical activity and diet intervention to improve physical function in advanced liver disease: a randomized pilot trial / HW. Chen, A. Ferrando // Dig Dis Sci. 2020. № 65. P. 3350-3359.
3. García-Pagà JC, Santos C, Barberá JA. Physical exercise increases portal pressure in patients with cirrhosis and portal hypertension / JC. García-Pagà, C. Santos, JA. Barberá // Gastroenterology. 1996. Vol. 111. № 5. P. 1300-1306.
4. Grona SL, Bath B. Use of videoconferencing for physical therapy in people with musculoskeletal conditions: A systematic Review / SL. Grona, B. Bath // J Telemed telecare. 2018. № 24. P. 341-355.
5. Hiraoka A, Michitaka K, Kiguchi D. Efficacy of branched-chain amino acid supplementation and walking exercise for preventing sarcopenia in patients with liver cirrhosis / A. Hiraoka, K. Michitaka, D. Kiguchi // Eur J Gastroenterol Hepatol. 2017. № 29. P. 1416-1423.
6. Kim HY, Jang JW. Sarcopenia in the prognosis of cirrhosis: Going beyond the MELD score / HY. Kim, JW. Jang // World J. Gastroenterol. 2015. № 21. P. 7637-7647.
7. Sirisunhirun, P., Bandidniyamanon, W. Effect of a 12-week home-based exercise training program on aerobic capacity, muscle mass, liver and spleen stiffness, and quality of life in cirrhotic patients: a randomized controlled clinical trial / P. Sirisunhirun, W. Bandidniyamanon // BMC Gastroenterol. 2022. Vol. 22. № 1. P. 66.
8. Rowe AI. Lessons from Epidemiology: The Burden of liver Disease / AI. Rowe // Dig Dis. 2017. № 35. P. 304-309.
9. Zenith L, Meena N. Eight weeks of exercise training increases aerobic capacity and muscle mass and reduces fatigue in patients with cirrhosis / L. Zenith, N. Meena // Clinic Gastroenterol Hepatol. 2014. № 12. P. 1920-1926.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В САНАТОРИИ «НАГАЛЫК»

Б.К. Амшеев, З.И. Ибрагимова – студенты 317 гр. и 312 гр. лечебного факультета

Кафедра общей гигиены

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Мануева

Актуальность. В современном мире на организм человека действует значительное количество экзогенных факторов, таких как различные виды загрязнения (пылевое, шумовое, информационное) или повышенная психоэмоциональная нагрузка, оказывающих негативное влияние на здоровье. В связи с этим всё более актуальным становится вопрос о прохождении профилактического лечения в санаторно-курортных комплексах, деятельность которых направлена на поддержание здоровья людей с начальными нарушениями функций организма, а

также на предупреждение развития заболеваний у населения. К сожалению, за период с 2013 по 2019 годы количество санаториев по Российской Федерации в целом уменьшилось (1840 санаториев в 2013 г., 1777 - в 2019 г. по данным Росстата). Это связано с недооценкой роли санаторно-курортного лечения в Российской Федерации и малой информированности населения. Несмотря на это профилактическое лечение можно рассматривать как основной метод снижения общей заболеваемости, поэтому с целью улучшения работы санаторно-курортных комплексов и их распространённости следует уделять больше внимания реальным отзывам отдыхающих, сформированных из личного опыта. Имеется необходимость в распространении среди населения информации о том, какие услуги может предоставить санаторий и как именно осуществляется профилактическое лечение.

Цель исследования. Изучение особенностей лечения санаторно-курортного комплекса «Нагалык».

Материалы и методы исследования. Для выполнения работы были использованы данные, полученные при анкетировании отдыхающих санаторно-курортного комплекса «Нагалык», расположенный в Иркутской области. В исследовании приняло участие 70 человек. Анкетирование проходило в осенне-зимний период в два этапа: в начале лечения и после. Также проведён анализ санаторно-курортных карт всех отдыхающих за последние 10 лет с 2013 по 2023 гг. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft-Excel и была представлена в виде 3 основных блоков:

- 1) Число посещений санатория с уточнением пола, возраста, места жительства, и частота посещений санаторно-курортных комплексов;
- 2) Основные заболевания и жалобы, с которыми поступают отдыхающие в санаторий и степень их тяжести;
- 3) Оценка качества работы всего санатория и отдельных его частей: качество лечения и процедур, питание, санитарно-гигиенические условия пребывания и оценка качества работы медицинского персонала.

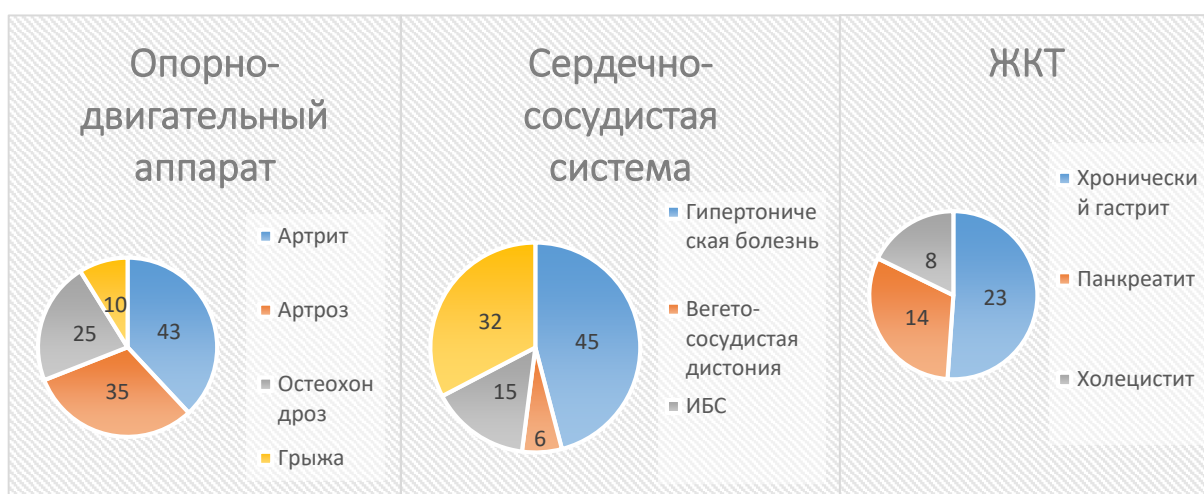
Результаты исследования. В ходе анкетирования было выявлено, что среди 70 отдыхающих большую часть составляют лица женского пола – около 74%, остальные 26% приходятся на мужчин. Кроме того, среди всех опрошенных, 61% составляют люди возрастом от 60 лет и более, меньше половины приходится на граждан в возрасте 46-60 лет – 36%, и лишь 2% анкетированных – это лица от 25–45 лет.

Жители Иркутской области составляют 95% отдыхающих, что обусловлено относительно близким расположением санатория, возможностью использовать общественный транспорт, и стоимость пребывания доступна в финансовом плане. Но санаторий также посещают гости из Якутии, Москвы, Республики Тыва, Новосибирска, Красноярска, Алтайского края. Наиболее предпочтительными сезонами для прохождения лечения в

санатории являются весна (41%) и зима (36%), это объясняется тем, что в эти периоды года люди обычно отдыхают и восполняют силы после дачного сезона.

По результатам анкетирования было выявлено, что информация о данном санатории передавалась преимущественно «сарафанным радио», а именно, от друзей, знакомых, ранее отдыхавших. Крайне редко информация о возможности посещения санатория на территории Иркутской области освещалась лечащими врачами.

Наиболее распространёнными жалобами среди отдыхающих были: боли в конечностях, спине, суставах, что большинстве своём связано с наличием профессиональных вредностей в анамнезе отдыхающих. Несколько реже пациенты указывали на диспепсические расстройства и болезни желудочно-кишечного тракта, повышенное давление, одышку и тахикардию. Данные жалобы (симптомы) можно разделить на 3 основные категории, представленные в следующих диаграммах, которые представлены в виде абсолютных чисел:



Т
акже

стоит заметить, что у 15% отдыхающих не выявлено абсолютно никаких жалоб. Соответственно, лечение будет носить в основном профилактический характер.

В анкеты также были включены вопросы, касающиеся качества предоставляемых услуг, в ходе оценки которых были выявлены следующие результаты:

Работа санатория в целом в среднем была оценена отдыхающими на 8.9 балла. Работы медицинского персонала на 8.4 баллов. Комфортность пребывания на 8.2 баллов. Качество питания на 9.8 баллов. Санитарно-гигиенические условия на 8.5 баллов. Разнообразие медицинских процедур на 9.1 баллов

И, конечно, необходимо коснуться самого главного в работе санатория – наличие или отсутствие результата от проводимых манипуляций. 65% опрошенных почувствовали благоприятные эффекты от лечения сразу, 76%, из отдыхавших ранее, ощутили результаты после прохождения курса лечения.

В большей степени пациенты отмечают положительный результат от манипуляций, которые направлены на опорно-двигательный аппарат. Также положительный эффект был

отмечен у пациентов, имеющих в своём анамнезе заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нервной системы и системы лор органов.

В анкетировании завершающим пунктом был вопрос о том, будут ли пациенты советовать или рекомендовать санаторий своим знакомым и родственникам, при этом положительно ответило 95% опрошенных.

Выводы. Исходя из данных, полученных в ходе анкетирования отдыхающих и анализа медицинских карт пациентов, можно сделать следующий вывод – основной контингент санатория «Нагалык» приходится на людей пожилого возраста, что отлично совпадает с основным направлением лечебного подхода данного санатория. Так как практически у всех лиц данного возраста присутствуют в той или иной форме заболевания опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы. Средняя оценка качества обслуживания равная 8.8 баллам, что в целом с положительными отзывами на результаты лечения позволяют сделать вывод о том, что данный санаторий отвечает всем требованиям комфортного пребывания, и большинство отдыхающих довольны результатом проводимых процедур.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ СИСТЕМА «КАРДИОНЕТ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА: «ПОЛЕВЫЕ ИСПЫТАНИЯ»

**Р.Д. Моргун, О.С. Ракитина, С.Д. Щербинина – студенты II курса лечебного факультета,
Н.А. Утева – студент V курса лечебного факультета**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней №1

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.А. Думлер

Введение. Острый коронарный синдром (ОКС) включает в себя группу жизнеугрожающих состояний (инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия (НС). [1] Успех лечения ОКС зависит от максимально раннего его выявления и скорейшей госпитализации пациента. Это зависит от первичного звена (поликлиники, службы скорой и неотложной помощи) [2], работникам которых приходится ориентироваться только на свои навыки и опыт.

Цель исследования. Проверка эффективности нейросетевой системы диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) «Кардионет» по выявлению ОКС в условиях деятельности первичного звена (сельское поселение, специализированная бригада скорой медицинской помощи).

Материалы и методы. В работе использована нейросетевая система диагностики ССЗ «Кардионет», разработанная совместными усилиями ученых ПГНИУ и ПГМУ [3,4,5]. Работа с «Кардионет» предусматривает три этапа. Первый этап: «Самостоятельное обследование» пациента в условиях отсутствия доступа к диагностическому оборудованию. Этап состоит из

27 вопросов, включает в себя жалобы и их детализацию, данные истории жизни. На основании полученных данных «Кардионет» ставит предварительный диагноз в виде гистограммы из семи столбцов по шкале от 0 до 100. Высота столбика 50 и более баллов говорит о высокой степени вероятности ССЗ (ИМ, НС, гипертоническая болезнь (ГБ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Второй этап работы с «Кардионет» - «Первичное обследование», включает еще 22 параметра объективного и электрокардиографического исследования и позволяет уточнить диагноз. Третий этап включает в себя введение 20 параметров по данным лабораторных и инструментальных исследований) и еще более уточняет диагноз.

Для решения поставленной цели обследовано 75 человек (51 мужчина и 24 женщины) в возрасте от 42 до 85 лет (средний возраст $61,6 \pm 0,1$ лет). Тестирование пациентов системой «Кардионет» проводилось в режиме «Самостоятельное обследование». Пациенты разбиты на 3 группы. 1 группа: 30 человек (18 мужчин и 12 женщин), в возрасте от 52 до 86 лет (средний возраст $60,3 \pm 0,08$ лет), проживающие в сельском поселении. Тестирование проводилось студентом 2 курса ПГМУ при посещении пациентов на дому. Контроль установленных диагнозов проводился с использованием системы «Промед», в которую были занесены все ранее выявленные для данного пациента диагнозы. 2 группа состояла из 15 человек (9 мужчин и 6 женщин), в возрасте от 42 до 85 лет (средний возраст $60,6 \pm 0,1$ лет). Все пациенты обратились за помощью в службу Городской станции скорой медицинской помощи г.Перми по поводу болевого синдрома в грудной клетке. Тестирование проводилось фельдшером выездной бригады. Правильность заключения системы была проверена в программе «Промед». 3 группа включала 30 человек (24 мужчины и 6 женщин), в возрасте от 46 до 83 лет (средний возраст $60,7 \pm 0,1$ лет), пациентов отделения Неотложной кардиологии ГАУЗ ПК ГКБ №4 г.Перми, с заранее установленным врачом-кардиологом диагнозом. Эту группу мы взяли как группу контроля для подтверждения правильности сделанных нами выводов. Критериями исключения были невозможность продуктивного контакта с пациентами. Все пациенты информированы о целях и задачах исследования.

Результаты и их обсуждение. В 1 группе у 6 (20%) пациентов «Кардионет» показал отсутствие заболеваний ССЗ, что было подтверждено данными «Промед». У 17 (56,7%) выявлена высокая вероятность риск ССЗ (ИБС, ГБ, ХСН), что подтверждено данными «Промед». У 6 (20%) пациентов «Кардионет» допустил гипердиагностику, т.е. были выявлены заболевания ССЗ, не установленные у данных больных ранее. И наконец, у 2 (4,3%) «Кардионет» не выявил ССЗ (ИБМ, ГБ и ХСН), которые у них были ранее установлены. Таким образом, при обследовании случайно выбранных пациентов в сельском поселении, в 76,7% случаев система поставила точный диагноз. Ошибка диагностической системы, не выставившей ранее установленный диагноз, была допущена в 4,3% случаев и могла быть нивелирована применением следующих этапов исследования. Во 2 группе в 15 (100%) случаях

«Кардионет» показал высокий риск наличия ССЗ (ИБС, ИМ, НС и ГБ). В последующем по данным «Промед» все пациенты были доставлены в кардиологические отделения. Из них у 6 (40%) диагностирован ИМ, у 7 (46,7%) выявлена НС. Все 13 пациентов были экстренно госпитализированы. У 2 (13,3%) по результатам обследования выявлен неотложный гипертонический криз, после оказания помощи пациенты отпущены на амбулаторное лечение. В 3 (контрольной) группе из 30 пациентов с ИМ и НС «Кардионет» показал абсолютную эффективность, выявляя даже более диагностически сложные случаи: нарушение ритма сердца и острая левожелудочковая недостаточность.

Выводы. Нейросетевая система «Кардионет» в режиме «Самостоятельное обследование», доступная для применения пользователю интернета даже без специальной подготовки, способна достаточно эффективно выявлять ССЗ, прежде всего в их тяжелой форме (ОКС) и может быть использована в работе первичного звена здравоохранения.

Список литературы

1. Кардиология: национальное руководство/ под ред. Ю.Н.Беленкова, Р.Г.Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1232 с.
2. Министерство Здравоохранения Российской Федерации: приказ от 1 июля 2015 г. N 405ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента st электрокардиограммы)»
3. Yasnitsky LN, Dumler AA, Poleshuk AN, Bogdanov CV, Cherepanov FM (2015) Artificial Neural Networks for Obtaining New Medical Knowledge: Diagnostics and Prediction of Cardiovascular Disease Progression. Biol Med (Aligarh) 7(2): BM-095-15, 8 pages (<https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/l7u7mx7cfh/direct/161307609>).
4. L.N. Yasnitsky, Andrey A. Dumler, Fedor M. Cherepanov, Natalia A. Uteva Capabilities of neural network technologies for extracting new medical knowledge and enhancing precise decision making for patients. Expert Review of Precision Medicine and Drug Development, November 2021, DOI: [10.1080/23808993.2021.1993595](https://doi.org/10.1080/23808993.2021.1993595).

ХИРУРГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Р.М. Тутунова, А.З. Шихов - студенты 2 курса 21 группы лечебного факультета
Кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии,

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н., проф. М.А. Хамидов, к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. Сосудистая мальформация - врожденная патология, характеризующаяся аномалией строения сосудов. Деформированные кровеносные сосуды формируют патологические сплетения, которые приводят к нарушению кровообращения. Точной причины возникновения мальформаций не установлено, предположительно данное заболевание имеет наследственный характер. Патология встречается редко, но при этом характеризуется множеством форм и особенностей, сопряженных со сложностями в лечении. Функциональные и косметические дефекты обусловлены изменением формы, размера, анатомической целостности стенки сосуда, разрастанием патологической ткани и изменением цвета кожных покровов. Клинические проявления зависят от вида и локализации мальформации.

Цель исследования: изучение особенностей морфологии и клинической картины сосудистых мальформаций.

Материалы и методы исследования. Произведен анализ данных из медицинских карт и заключений 35 пациентов с разными формами сосудистых мальформаций. Сведения о состоянии пациентов были предоставлены ДРКБ им. Кураева, Нейрохирургическим отделением ГБУ РД РКБ и Центром Инновационной Детской Хирургии «ИМС». В исследуемой группе количество женщин составляло - 20, мужчин - 15 человек. Возраст больных колебался в диапазоне от 10 месяцев до 63 лет. Преимущественно встречались пациенты детского (37,1%) и подросткового возраста (31,4%), частью больных являлись молодые люди (22,9%), меньшее количество столкнулись с необходимостью лечения в среднем (5,7%) и пожилом возрасте (2,9%). При исследовании пациентов было выявлено 3 формы мальформаций: венозная - 27/35 (77,1%), артериовенозная - 6/35 (17,1%), капиллярно-венозная - 2/35 (5,7%). В большинстве случаев сосудистые изменения встречались в области лица (46%), верхних и нижних конечностей (40%), реже наблюдались в области туловища (8,6%) и участках головного мозга (5,7%). Для лечения использовались методы склеротерапии, лазерной коррекции, эмболизация (при АВМ головного мозга), рекомендовался прием медикаментов и ношение компрессионного трикотажа.

Результаты исследования. Сосудистые мальформации были представлены в виде

конгломерата извитых ретикулярных сосудов, расширенной венозной сетью с множественными флелбэктами, наблюдалась дисплазия поверхностных и глубоких вен, варикозные расширения. Визуально мальформация проявляется пигментно-сосудистыми пятнами, участки с патологически измененными тканями и сосудами приводят к деформации пораженной части тела, конечности могут увеличиваться в объеме. При локализации сосудистого сплетения в конечностях появляется отечность, возникает чувство тяжести, дискомфорт и болевые ощущения. Отмечается способность мальформаций к росту, что может ухудшить клиническую картину заболевания: усиливается сосудистый рисунок, интенсивно разрастаются ткани (гипертрофия), появляются аневризматические расширения, кровотечения. В головном мозге мальформация представлена артериовенозным скоплением сосудов. Клинические проявления АВМ - головные боли и головокружение, при разрыве сосудов кровоизлияние приводит к геморрагическому инсульту.

Выводы. Лечение всех видов сосудистых мальформаций связано с определенными трудностями, которые требуют учета всех морфофункциональных характеристик заболевания. Глубокое изучение особенностей нарушения сосудов, локализации, общих клинических проявлений и осложненных форм позволит расширить границы знаний в области исследования сосудистых патологий.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛЫ CARPINI У ПАЦИЕНТОВ,
ПОДВЕРГНУТЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ**
**С.М. Мирзаханов, З.М. Кухмазова, А.Т. Ханахмедова – студенты 531 группы лечебного
факультета**

Кафедра госпитальной хирургии № 2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: к.м.н. ассистент кафедры Ф.П. Айтекова

Актуальность. Венозные тромбозмболические осложнения (ВТЭО) являются одними из ведущих проблем в хирургической практике. Профилактика ВТЭО является важным пунктом введения пациентов в послеоперационном периоде. У хирургических пациентов риск возникновения ВТЭО зависит от соматического состояния, сопутствующих заболеваний, степени дегидратации, продолжительности иммобилизации, вида, продолжительности и травматичности операции. На данный момент проводится стратификация риска развития ВТЭО, как для пациентов терапевтического профиля, так и хирургического профиля. Специфичной шкалы риска ВТЭО именно для эндоваскулярных операций нет. Оценка риска пациентов хирургического профиля в большинстве случаев проводится по шкале Carpinì. Она является общей шкалой для стратификации риска всех хирургических пациентов, которая учитывает как общее состояние пациента на момент оперативного вмешательства, так и вид

оперативного вмешательства, его продолжительность и травматичность. В частности эндоваскулярные вмешательства по этой шкале относят к малой хирургии и таким пациентам присуждается минимальный балл.

Цель исследования. Изучение эффективности шкалы Caprini у пациентов, перенесших эндоваскулярному вмешательству.

Материал и методы исследования. В исследовании приняло участие 115 пациентов. В исследуемую группу вошли 53 пациента, которым было проведено эндоваскулярное вмешательство, длительность анестезии составила менее 1,5 часов. Средний возраст в исследуемой группе $45,7 \pm 5,8$. В контрольную группы вошли 62 пациента, которым было проведено нейрохирургическое вмешательство, являющееся в связи со спецификой патологии продолжительным и травматичным, длительность анестезии составляла более 2,5 часов. Средний возраст в контрольной группе $65,1 \pm 6,2$. В качестве метода определения ВТЭО было выбрано УЗИ вен нижних конечностей, которое проводилось в послеоперационном периоде в течение первых суток. В рамках исследования каждая из групп разделялась по группам риска.

Уровень риска ВТЭО	Исследуемая группа	Контрольная группа
0-1 балл (очень низкий риск)	19	—
2 балла (низкий риск)	23	9
3-4 балла (умеренный риск)	8	32
5 и более баллов (высокий риск)	3	21

Таб. 1 Стратификация риска ВТЭО по шкале **Caprini**

Результаты исследования. В исследуемой группе эхопризнаки ВТЭО выявлены у 1 пациента: тромбоз ствола малой подкожной вены (МПВ) билатерально, тромбоз передней большеберцовой вены, без флотации (пациент относился к группе высокого риска). Частота ВТЭО у пациентов, подвергнутых эндоваскулярному вмешательству с длительностью анестезии менее 1,5 часов, составляет $1,9 \pm 2,1\%$ (1 из 53 случая). Во второй группе у 4 пациентов были обнаружены ВТЭО: у первого пациента обнаружены эхографические признаки окклюзирующего тромбоза малой подкожной вены (МПВ) правой голени; у второго пациента тромбоз суральных вен левой голени, без флотации; у третьего пациента эхопризнаки тромбоза ствола МПВ билатерально, расширение внутрикожных венозных притоков поверхностных вен с двух сторон; у четвертого пациента выявлены эхопризнаки тромбоза малоберцовой вены справа, несостоятельность перфоранта Кокетта справа. Все пациенты относились к группе высокого риска. Частота ВТЭО у нейрохирургических больных с длительностью анестезии более 2,5 часов составляет $6,6 \pm 3,1\%$ (4 из 62 случая)

Выводы.

На основании результатов статистической обработки, можно сделать выводы:

1. Подтвердить наличие зависимости между продолжительностью и травматичностью оперативного вмешательства, и риском развития ВТЭО
2. Использование шкалы Carpinі для стратификации риска ВТЭО при эндоваскулярных вмешательствах можно считать рациональным.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДАНБАРА И ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

К.К. Абумуслимов – студент 3 курса 4 группы КИДЗ им. Н.Ф. Филатова,

У.Р. Овчинникова – студент 5 курса 82 группы ИКМ им. Н.В. Склифосовского,

И.Р. Хусаинов – студент 4 курса 24 группы ИКМ им. Н.В. Склифосовского

Кафедра общей хирургии ИКМ им. Н.В. Склифосовского

ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ИКМ ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, главный научный сотрудник ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.

В. Ломоносова», обособленное подразделение Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени

М.В. Ломоносова — Э.А., Галлямов; ассистенты кафедры общей хирургии ИКМ ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России — Г.С. Гадлевский и Г.Ю. Гололобов

Актуальность. Синдром экстравазальной компрессии чревного ствола (СКЧС), или синдром Данбара, возникает вследствие сдавления чревного ствола (ЧС) срединной дугообразной связкой диафрагмы, ее внутренними ножками, гипертрофированными узлами чревного сплетения либо увеличенными лимфатическими узлами. Нарушение кровоснабжения органов пищеварения вследствие компрессии чревного ствола лежит в основе развития абдоминальной ишемической болезни органов пищеварения, диспепсических расстройств и ряда неспецифических симптомов, что затрудняет диагностику данного заболевания. Ведущим методом лечения остается консервативный, но при его неэффективности и тяжелых формах течения заболевания рекомендуется лапароскопическая декомпрессия ЧС. Золотым стандартом диагностики патологии остается контрастная ангиография и КТ-ангиография.

Цель исследования. Целью исследования является демонстрация клинического случая синдрома Данбара, а также эффективности малоинвазивного хирургического метода лечения заболевания, а именно лапароскопической декомпрессии чревного ствола.

Материалы и методы исследования. Было проведено исследование медицинской документации, анамнестических данных и результатов инструментальной диагностики пациента с синдромом Данбара, артериомезентериальной дуоденальной компрессией.

Результаты исследования. Пациент М., 29 лет ИМТ = 26,7 кг/м², статус ASA 2, длительное время обследовался по поводу хронической боли в верхней половине живота, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту, частые запоры. В связи с ухудшением

состояния и прогрессированием симптоматики самостоятельно обратился в приемное отделение ГКБ им. И.В. Давыдовского, был госпитализирован в хирургическое отделение для обследования и решения вопроса оперативного лечения. По данным компьютерной томографии (КТ) с контрастированием брюшной полости и забрюшинного пространства: острый угол отхождения ($22,3^\circ$) верхней брыжеечной артерии (ВБА) с развитием артериомезентериальной компрессии тонкой кишки, ишемия дистальных отделов кишечника. На рентгенограмме органов брюшной полости в прямой проекции отмечается стойкий спазм в подвздошной кишке, нарушение проходимости пищи, мобильная слепая кишка. По данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), сосудистой 3D-реконструкции: стеноз устья чревного ствола (ЧС).

С учетом данных инструментального обследования и клинической картины заболевания пациенту было запланировано оперативное вмешательство в объеме: лапароскопическая декомпрессия ЧС, с предоперационным диагнозом: «Экстравазальная компрессия чревного ствола – синдром Данбара, артериомезентериальная дуоденальная компрессия».

В ходе оперативного вмешательства была проведена ревизия органов брюшной полости, рассечена печено-желудочная связка. Далее было выделено основание ножки пищевода и отверстия диафрагмы, под визуальным контролем пересечена срединная дугообразная связка, оказывавшая компрессию на чревный ствол, с помощью ультразвуковых ножниц, резецирована прилегающая к устью сосуда фиброзная клетчатка с ганглиями и лимфатическими узлами. Установлен дренаж в левое поддиафрагмальное пространство.

Длительность оперативного лечения составила 50 мин, кровопотеря составила 50 мл. Интраоперационные осложнения отсутствовали. С учетом использования видеолaparоскопических технологий осуществлена ранняя активизация пациента. С учетом гладкого течения послеоперационного периода и отсутствия ранних послеоперационных осложнений (согласно унифицированной шкале Clavien-Dindo) пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после операции.

Контрольное обследование пациента проведено через 1,5 года. Со слов больного, достигнута стойкая клиническая ремиссия в виде купирования болевого синдрома, помимо этого, у больного появился аппетит, отмечает прибавку в весе 10 кг. По данным контрольного МРТ с внутривенным контрастированием компрессии чревного не было обнаружено.

Выводы. Синдром компрессии чревного ствола – редкое заболевание, частота встречаемости которого составляет 2 случая на 100,000 человек. Стоит отметить, что среди женщин молодого возраста (30-50 лет) распространенность выше, чем среди мужчин – 4:1. Стоит отметить, что бессимптомный стеноз ЧС выявляется намного чаще (10-60%), чем симптоматическая компрессия, что и обуславливает трудность определения этиологии и патогенеза заболевания.

Синдром Данбара зачастую является диагнозом исключения, что обусловлено отсутствием патогномичного признака и неспецифическим характером основных проявлений заболевания. Абдоминальная боль является основной жалобой большинства обследованных больных, наиболее частая локализация болевого синдрома – в эпигастрии, реже в околопупочной области, подреберье и подвздошных областях, боль носит постоянный или приступообразный характер, возникает после еды либо физической нагрузки, реже фактором служит психоэмоциональный стресс, ношение тугих поясов или длительное нахождение в положении стоя. Помимо этого, больные предъявляют жалобы на диспепсические расстройства (например, тошнота, рвота, ощущение горечи во рту). Нередко среди жалоб отмечается дисфункция кишечника, что проявляется запорами и поносами. Также встречаются и нейровегетативные расстройства, характеризующиеся головными болями, повышенным потоотделением, плохой переносимостью тепла или холода и др.

«Золотым стандартом» диагностики заболевания является контрастная ангиография в боковой проекции и КТ-ангиография, поскольку метод позволяет получить четкие трехмерные изображения брюшной аорты и ее ветвей, при этом на ангиографической картине будет видно сдавление сосуда у основания и прижатие к брюшной аорте. Иногда при ангиографии удается визуализировать сдавливающую сосуд серповидную связку или ножку диафрагмы.

Ведущим методом лечения СКЧС является консервативная терапия. Неэффективность медикаментозного лечения, наличие стойких симптомов абдоминальной ишемии и критической компрессии ЧС является показанием к оперативному вмешательству, т.е. выполнению декомпрессии ЧС. При этом предпочтение отдается лапароскопической методике ввиду того, что открытый метод связан с высокой частотой осложнений (грыжа, кишечная непроходимость и др.), что обусловлено сложностью анатомической области.

Низкая распространенность заболевания и неспецифический клинический паттерн служат причиной длительного неправильного лечения больных по поводу заболеваний, маскирующих СКЧС. Приведенный клинический случай и обзор литературы подтверждают важность ранней диагностики заболевания и выбора метода лечения, так как длительное снижение кровотока ведет к дефициту кровоснабжения органов ЖКТ и последующему развитию абдоминальной ишемической болезни.

РАЗРАБОТКА МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО СИМУЛЯТОРА ДЛЯ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И ЕЕ СОЗДАНИЕ

А.А. Афанасьева - студентка 6 курса педиатрического факультета., Ю.С. Каркошкина

Кафедра госпитальной хирургии, общей медицинской практики

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент И.В. Карпатский,

Актуальность: Эндовидеохирургические вмешательства на щитовидной железе (ЩЖ) являются перспективной областью хирургии малых доступов. Сложность анатомических соотношений в зоне операции требует дополнительной симуляционной подготовки хирургов, что возможно с помощью специальных симуляторов для создания которых требуется математическое моделирование.

Целью работы: изучить антропометрические данные и, исходя из них, угловые параметры доступа и работы инструментов, необходимые для создания манекена, позволяющего обучать хирургов эндовидеохирургическим операциям на ЩЖ.

Материал и методы: математическая модель подмышечно-соскового доступа разработана на основании изучения 12 томограмм и антропометрических данных 44 больных различных типов телосложения, проходивших хирургическое лечение в клиниках кафедры госпитальной хирургии СПбГПМУ. Средний возраст составил $33,2 \pm 12,63$ г, М:Ж=1:2,5. За основу для расчета параметров использования инструментов и размеров манекена выбраны подмышечно-сосковый и АВВА варианты расстановки троакаров. Измерения производились в типичной укладке: запрокинутая назад голова и отведенные в плечевых суставах руки, что обеспечивало оптимальную плоскость доступа.

Результаты. Средняя окружность шеи на уровне перстневидного хряща составила $33,8 \pm 6,8$ см, расстояние от него до яремной вырезки $9,6 \pm 1,71$ см. Такие параметры обеспечивали амплитуду кончиков рабочих инструментов в пределах $8,9 \pm 0,93$ см в кранио-каудальном и $7,6 \pm 0,82$ см в поперечном направлении, определяя размеры минимальной рабочей полости манекена. Среднее расстояние между сосками по антропометрическим данным составило $21,8 \pm 2,10$ см. Расстояние между плечевым и сосковым троакаром составило $20,4 \pm 2,25$ см.

Такие анатомические соотношения определяли глубину действия инструментов $20,3 \pm 1,70$ см, средний угол операционного действия, достигавшийся между рабочими троакарами $42,0 \pm 3,4^0$ при широте операционного действия $20-26^0$. Возможность выполнения основных этапов тиреоидэктомии оценивалась по угловому отношению кончиков рабочих инструментов к боковой поверхности трахеи со стороны вмешательства составила для подмышечного и соскового троакаров $72-88^0$ и $22-30^0$ соответственно.

Все усредненные показатели являлись оптимальными, соответствовали подгруппе пациентов с нормостеническим телосложением и взяты за основу при создании симулятора. Учитывая ригидность искусственной кожи, наиболее удобной при апробации оказалась схема расстановки троакаров АВВА. Перенос второго троакара в противоположную параареолярную область давал прирост угла операционного действия в 60^0 , широты операционного действия,

делал удобнее медиальную тракцию доли ЩЖ.

Выводы:

1. Использование математического моделирования на основе антропометрических данных позволяет создать анатомически точный симулятор для эндовидеохирургических вмешательств на ЩЖ с оптимальными параметрами расположения инструментов.
2. Наиболее удобной оказалась схема расположения троакарных портов АВВА за счет увеличения угла и ширины операционного действия.

Литература:

1. Гостимский А.В., Карпатский И.В., Лисовский О.В., Афанасьева А.А. Обоснование трансаксиллярного доступа в эндовидеохирургии к щитовидной железе // Forcipe. – 2019. – Т. 2, № S2. – С. 10
2. Гавщук М.В., Гостимский А.В., Лисовский О.В. и соавт. Симуляционная учебная методика выполнения чрескожной эндоскопической гастростомии / М. В. Гавщук, А. В. Гостимский, О. В. Лисовский [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2020. – Т. 179, № 6. – С. 50-54.
3. Бондарев А.А., Мясников А.Д., Работский И.А. Критерии оценки оперативных доступов в эндохирургии. //Эндоскоп. хирургия.- 2003.- №4.- С.47-53

ВЫПОЛНЕНИЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Д.О. Галимов., Т.Р. Ибрагимов, Г.И. Вагизова, Я.Г. Мазин - студенты

Кафедра хирургических болезней и новых технологий

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель: профессор Галимов О.В.

Актуальность. Несмотря на развитие лапароскопических методик оперативного лечения, вопросы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) не уходят на второй план и требуют дальнейшего развития, о чем свидетельствует высокая частота, как послеоперационных осложнений, так и рецидивов заболевания, особенно у пациентов с морбидным ожирением (МО) в силу хорошо известных объективных причин. На современном этапе не менее важное значение придается таким показателям как эстетическая удовлетворенность пациента после пластики, возможность сохранения физической активности в том числе занятия спортом, ну и необходимым фактором является максимально возможное восстановление трудоспособности и возвращение к повседневной жизни. Т.е. изучение восстановления «качества жизни» в различные сроки после операции имеет актуальное значение

Цель работы - изучение качества жизни у пациентов с ожирением, перенесших

грыжесечение, в сравнении с пациентами, которым при этом было выполнено корригирующее вес вмешательство.

Материалы и методы. На базе Клиники ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России проведено проспективное исследование 65 пациентов с ПОВГ, которым выполнялись протезирующие, не натяжные методы герниопластики, и ИМТ которых превышал 35 кг/м^2 . Все прооперированные больные были разделены на 2 группы. Первая группа была представлена 21 (33%) пациентами, которым помимо коррекции грыжи производили дополнительный бариатрический этап вмешательства. Предпочтение отдавалось рукавной («sleeve») резекции желудка у 31 (28,9%) пациента и операции SADI 5 (4,7%) случаев. Вторую группу составили 44 (67%) пациента, которым выполнялась только не натяжная протезирующая герниопластика. Проведена оценка качества жизни русифицированной версией опросника SF-36 в 2 этапа. 1 этап до операции 2-ой через 1 год после операции путем сопоставления результатов анкетирования. Созданные группы пациентов были сопоставимы по возрастным и гендерным характеристикам. В первой группе средний возраст был $43 \pm 1,81$ года, женщин было 25 (69,4%), мужчин 11 (30,6%), во второй группе женщины составили 64,8% (46), мужчины 35,2% (25) и средний возраст в группе составил $44 \pm 2,31$ года ($p < 0,05$).

Инструментом для оценки КЖ явилась короткая форма опросника SF- 36. Опрос участников исследования проводился в 2 этапа. На 1 этапе в дооперационном периоде пациенты, после консультирования и ознакомления со стандартизированной русифицированной версией опросника, одним из исследователей, самостоятельно заполнял анкетную часть и на 2 этапе через год после операции.

Результаты и обсуждение. Длительность операции в первой группе составила $189 \pm 28,31$ мин, во второй группе составила $91 \pm 18,62$ мин. Количество раневых осложнений в послеоперационном периоде были сопоставимы в сравниваемых группах и статистически не отличались. В первой группе в первый год наблюдения во всех случаях достигнуто стойкое снижение избыточной массы тела в среднем $52,3 \pm 7,27\%$.

В результате проведенного анализа полученных анкетных данных выявлена статистически достоверная корреляция выполнения корригирующего вес оперативного вмешательства и физического компонента здоровья, свидетельствующие о снижении роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности у пациента. Соответственно полученным данным при сравнении показателей до операции и после нее выявлены достоверные различия по шкалам физического функционирования ($p = 0,0017$), оценки здоровья ($p = 0,005$) и физического компонента качества жизни ($p = 0,0091$) в сравниваемых группах. В отношении ментальных компонентов опросника такого различия не определялось. При этом, стоит отметить, что дооперационные показатели учитываемых параметров были хуже в обеих сравниваемых группах.

Заключение. Морбидное ожирение делает пациентов с послеоперационными вентральными грыжами сложной категорией в хирургической практике, связано это со значительной частотой рецидива грыжи. Снижение массы тела является одним из ключевых факторов предупреждения рецидива, что достигается выполнением бариатрических операций. Дискуссионным моментом остаются показания к сочетанным вмешательствам и увеличению объема операции, когда дополнительный этап операции превосходит по сложности основной, что требует тщательного отбора пациента на симультанное вмешательство. При этом успешно выполненное бариатрическое вмешательство, симультанно с грыжесечением, позволяет улучшить качество жизни пациентов после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХВН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Р.Р. Шайдуллина, А.И. Мухамадиева – студентки гр. 2407

Кафедра хирургических болезней

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Б.М. Миролюбов

Актуальность: Варикозная болезнь вен (ВБВ) нижних конечностей (н.к.) является весьма распространенным заболеванием вен и является причиной патологического состояния (процесса) ХВН тканей н.к. Более 40% населения по всему миру страдает ХВН н.к. В зависимости от регионов мира, удельный вес основных причин ХВН н.к. ВБВ и посттромботической болезни вен (ПТБВ) н.к. составляет соответственно 65-85% и 35-15%. В наши дни широкое распространение получили наряду с традиционными вариантами оперативного лечения - венэктомиями, миниинвазивные способы - термокоагуляции варикозно изменённых вен. Это – лазерная и радиочастотная внутривенная (ЭВЛК и РЧА) коагуляция варикозных вен для устранения вертикального и горизонтального венозного рефлюкса по магистральным подкожным и коммуникантным венам н.к., а также их сочетаний. Одним из самых распространённых способов стала ЭВЛК БПВ (большой подкожной вены), МПВ (малой подкожной вены), несостоятельных коммуникантных (перфорантных) вен голени и бёдер.

Цель исследования: изучить эффективность, преимущества и осложнения хирургического лечения ХВН н.к. методом ЭВЛК по данным отделения хирургии госпиталя МВД г. Казани.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 85 историй болезни пациентов, оперированных по методике ЭВЛК в отделении хирургии госпиталя МСЧ МВД г. Казани в 2021-2022 годах. Основные жалобы при обращении на: 1) наличие расширенных вен на н.к. 2) тяжесть в ногах к концу рабочего дня, 3) отёки в области голени, 4) боли в ногах, язвы. Больным выполняли под местной анестезией ЭВЛК БПВ (большой

подкожной вены), МПВ (малой подкожной вены), несостоятельных коммуникантных (перфорантных) вен голени и бёдер в сочетании с минифлебэктомией. Возраст пациентов варьировал от 32 до 75 лет. Тяжесть ХВН варьировала в пределах С2 – С6 классов по СЕАР. Длительность заболевания колебалась от 5 до 30 лет. Активный режим назначали сразу после операции. Всем пациентам на следующие сутки проводили УЗИ контроль за состоянием БПВ, МПВ, коммуникантных вен, по которым до ЭВЛК был рефлюкс крови.

Результаты: 82% пациентов на 2-3 сутки после операции отмечали тянущие боли по ходу большой подкожной вены, 75 % пациентов отмечали пальпаторно наличие болезненного плотного тяжа, 40% парестезии по внутренней поверхности бедра на оперированной конечности. Небольшие гематомы, кровоподтёки после минифлебэктомии были у всех пациентов.

УЗИ контроль на следующие сутки после ЭВЛК в одном случае (1,12%) позволил выявить пристеночный тромбоз ОБВ в области устья БПВ, который был ликвидирован в результате своевременно назначенной антикоагулянтной терапии.

Выводы:

- 1) Операция эффективно устраняет патологический рефлюкс крови в венах н.к.
- 2) Слабо выраженный болевой синдром и раннюю активизацию больного после ЭВЛК можно отнести к преимуществам метода.
- 3) УЗИ вен на следующие сутки позволяет вовремя выявить редкое, но возможное осложнение – тромбоз ОБВ в устье БПВ.

УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА ВИНСЛОВА ОТВЕРСТИЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Э.А. Галлямов, П.В. Кихляров, К.К. Мурватова – 6 курса 48 группы

Кафедра общей хирургии ИКМ имени Н.В. Склифосовского)

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени

И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Научные руководители: д.м.н., профессор Э.А. Галлямов,

врач-хирург ГКБ им. И.В. Давыдовского П.В. Кихляров

Актуальность: Грыжи Винслова отверстия составляют около 8% случаев всех внутренних грыж, которые определяются как прохождение органа через внутрибрюшное отверстие, что и приводит к образованию грыжи сальникового отверстия. Однако, лапароскопическая хирургия используется редко в подобных urgentных случаях. Стоит учесть, что современные методы диагностики и лечения, такие как компьютерная томография и лапароскопия дают возможность для проведения малоинвазивных вмешательств, поэтому важное значение имеет в диагностике компьютерная томография с внутривенным

контрастированием, которая позволит постановить диагноз и предотвратить возможное прогрессирование ишемии кишечника, а также важное значение отдается диагностической лапароскопии, выполнение которой не только в рамках оперативных пособий направленных на предотвращение осложнений, но и восстановления нормальной анатомии.

Введение. Грыжа сальникового (Винслова) отверстия является редким заболеванием, несвоевременная диагностика которого обуславливает риск развития ишемией внутренних органов и перфорацией, что может привести к летальному исходу. Ввиду того, что ранняя диагностика зачастую затруднена из-за неоднозначных результатов визуализации, заболевание длительное время может протекать бессимптомно, обуславливая «стертую» клиническую картину, которая может варьироваться от неспецифической боли в животе до типичных обструктивных симптомов. Однако современные методы диагностики и лечения дают возможность для проведения малоинвазивных вмешательств, в том числе, не являются исключением для пациентов с грыжей Винслова отверстия с целью разрешения проблемы и предотвращения неблагоприятных исходов заболевания. Несмотря на это, на современном этапе развития малоинвазивных хирургических вмешательств, существуют возможности для интраоперационной визуализации в случае невозможности постановки диагноза иными способами, при этом пациенты с грыжей Винслова отверстия не являются исключением, что позволяет рассматривать случаи неясной клинической картины и рентгенологической визуализации в качестве целевой группы для проведения диагностического и лечебного лапароскопического вмешательства.

Целью работы являлось представить клинический случай ущемленной грыжи Винслова отверстия, осложнённой толстокишечной непроходимостью.

Материалы и методы: Клиническое обследование, хирургическое лечение, анализ медицинской документации

Результаты: Пациентка С., 46 лет, ИМТ 28, ASA II, госпитализирована в ГКБ имени И.В. Давыдовского в экстренном порядке с жалобами на резкую боль в животе, тошноту, самостоятельно принимала препараты, однако без эффекта. При поступлении выявлена болезненность по всему животу, преимущественно в эпигастрии, наблюдаются признаки раздражения брюшины. По данным лабораторного исследования клинически значимых отклонений от референсных параметров не получено, за исключением повышение С-реактивного белка – 20 мг/л. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости выявлено наличие жидкости в брюшной полости. По данным компьютерной томографии с внутривенным контрастированием выявлены КТ-признаки расширения петли толстой кишки с протяженным уровнем жидкости в просвете в области левого изгиба (нельзя исключить заворот на этом уровне).

На основании клинических данных и результатов инструментальной диагностики

пациентке было запланировано оперативное вмешательство в объеме: диагностическая лапароскопия.

При обзорной лапароскопии была выявлена дилатированная петля ободочной кишки с признаками разрывов серозной оболочки, петля кишки извлечена из Винслова отверстия. Извлеченная ущемленная кишка признана жизнеспособной, выполнено было ушивание десерозированных участков кишки. Интраоперационно была выполнена колоноскопия, проведен bubble-тест, с целью оценки герметичности шва. Признаков перфорации не было обнаружено, далее была выполнена цекопексия купола слепой кишки в правую подвздошную ямку узловыми швами.

Продолжительность операции составила 2 часа 40 минут. Интраоперационные осложнения отсутствовали. С учетом отсутствия ранних послеоперационных осложнений (согласно унифицированной шкале Clavien-Dindo ≥ 3) пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после операции.

Выводы: Клинические признаки грыжи Винслова отверстия часто связаны с обструкцией тонкой или толстой кишки, включая в себя разнообразную клинику, которая затрудняет точную предоперационную диагностику и может привести к замедлению диагностики и, следовательно, к отсрочке хирургической помощи, поскольку, как упоминалось ранее, этот диагноз встречается редко и часто сопровождается неясными симптомами обструктивного типа. В настоящее время компьютерная томография помогает в диагностике данного заболевания и оценки жизнеспособности содержимого грыжи, что позволяет хирургу рассмотреть лапароскопический подход. Важным преимуществом лапароскопического лечения является возможность обеспечить более быстрое восстановление после хирургического вмешательства. Лапароскопия представляется эффективным хирургическим подходом лечения грыжи Винслова отверстия, пациенты, у которых возникают острые боли в животе с сопутствующими симптомами обструкции желудочно-кишечного тракта, нуждаются в срочном обследовании, чтобы исключить или подтвердить возможную непроходимость кишечника, вторичной по отношению к внутренней грыже, требующее экстренного хирургического лечения. Немаловажное значение имеет правильность оценки риска для проведения цекопексии, которые должны быть тщательно взвешены на основе интраоперационной жизнеспособности кишечника.

ПРЕИМУЩЕСТВА МАЛОИНВАЗИВНОЙ МЕТОДИКИ В КОРРЕКЦИИ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ

Е.И. Левкович – студентка 2516 группы педиатрического факультета

Кафедра хирургии и трансплантологии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Научные руководители: к.м.н., доц. А.В. Носик, д.м.н., проф. О.В. Калачик

Актуальность. Несмотря на значительные достижения современной трансплантологии, в лечении реципиентов почечного аллографта, хирургические осложнения, возникающие на ранних и отдаленных сроках после операции, являются основной причиной, снижающей длительность функционирования трансплантата, а так же качество и продолжительность жизни пациентов. Стриктуры мочеточника являются одними из частых хирургических осложнений. За последние десятилетия малоинвазивные методы становятся все более распространенными в связи с современными тенденциями в хирургических технологиях, которые включают уменьшение продолжительности лечения, минимальную травматичность и сокращение периода реабилитации. В коррекции стриктур применяются различные варианты лечения. Одним из них является открытая операция, при которой выполняется реуретеронеоцистоанастомоз (реУНЦА). В качестве альтернативы данной методике возможно проведение малоинвазивного вмешательства, которое заключается в балонной дилатации стриктуры со стентированием мочеточника. С целью оптимизации лечения стриктуры мочеточника трансплантата необходимо оценить эффективность лечения стриктур мочеточника трансплантата малоинвазивным методом.

Цель: провести оценку результатов лечения стриктур мочеточника трансплантата почки в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами было выполнено ретроспективное клиническое исследование. За период с 2012 по 2022 год на базе Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии проходили лечение 62 пациента возрастом от 19 до 74 лет, у которых произошло формирование стриктуры мочеточника трансплантированной почки. Были сформированы две группы исследования: группа STN, которая включала 25 реципиентов с балонной дилатацией и стентированием мочеточника, а также группа REU, состоящая из 35 пациентов, которым был выполнен реуретеронеоцистоанастомоз по внутривульварной методике. В статье представлены количественные и качественные показатели в виде абсолютных, относительных величин и Me (25% – 75%) соответственно. Обработка данных проводилась с помощью статистического пакета программ «STATISTICA 10». В сравнении выделенных групп использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни и критерий χ^2 . Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Оценка кумулятивной выживаемости трансплантата выполнена с использованием метода Каплана-Майера и регрессии Кокса.

Результаты исследования. В группе пациентов, которым проводилось лечение при помощи стентирования мочеточника первичные стриктуры наблюдались у 17/27 (62,96%) участников исследования, у 10/27 (37,04%) стриктура развилась после проведения реУНЦА. В контрольной группе 2/35 (5,71%) пациентов имели первичную стриктуру мочеточника,

остальные 33/35 (94,29%) – вторичную после выполнения открытой операции, $p < 0,01$. Возраст участников составлял в среднем 51 (36-57) vs 43 (33-61) лет, $p = 0,82$. В обеих группах сравнения трансплантат почки был преимущественно получен от донора со смертью мозга: 26/27 (96,3%) vs 33/35 (94,29%), $p = 0,71$. Время, прошедшее от трансплантации до момента проведения хирургического лечения сформировавшейся стриктуры было равно 159 (88-237) vs 56 (18-152) дней, $p = 0,003$.

Для лечения участников основной группы применялись стенты, основными характеристиками которых являлись диаметр и длина. Участникам исследования были установлены: 2,7 мм × 16 см, 8 мм × 4 см, 8 мм × 6 см, 8 мм × 10 см, 10 мм × 6 см, 10 мм × 10 см, 10 мм × 12 см. В 23/27 (85,19%) случаев основной группы проведена чрекожная антеградная балонная дилатация и стентирование мочеточника, а в 4/27 (14,81%) цистоскопия и ретроградная установка стента. После коррекции стриктуры при помощи малоинвазивной методики среднее время функционирования стента составило 88 (51–442) дней. В ходе исследования проведен сравнительный количественный анализ числа лейкоцитов и эритроцитов в микроскопии осадка мочи. Проведенный анализ не выявил статистически значимых различий между группами в возникновении лейкоцитурии, бактериурии и гематурии. Лейкоцитурия обнаружена у 10/27 (37,04%) vs 12/35 (34,29%), $p = 0,82$; бактериурия у 9/27 (33,3%) vs 11/35 (31,43%), $p = 0,87$; гематурия у 15/27 (55,6%) vs 16/35 (45,71%), $p = 0,44$. Численность лейкоцитов, определенная при микроскопии составила 10 (3–30) vs 9 (5–20) клеток, $p = 0,99$. Согласно полученным данным, численность эритроцитов в группах 20 (2–100) vs 40 (6–100) клеток, $p = 0,26$. Так же был изучен уровень креатинина в крови участников исследования после проведенного хирургического лечения, и через 1, 3 и 12 месяцев в качестве контроля функционального состояния трансплантата. Послеоперационный уровень креатинина был равен: 203,9 (169,3–414) vs 220,3 (155,9–373) мкмоль/л, $p = 0,95$; спустя 1 месяц: 173,8 (149,9–221) vs 142 (112–216,9) мкмоль/л, $p = 0,049$; через 3 месяца: 152,4 (124,1–295) vs 133,3 (114,1–193,8) мкмоль/л, $p = 0,36$; по прошествии 12 месяцев: 173,3 (128,3–324) vs 132 (106,9–162) мкмоль/л, $p = 0,014$. 16/27 (59,26%) vs 13/35 (37,14%), $p = 0,08$ участникам исследования потребовались повторные хирургические вмешательства. На момент проведения исследования 4/27 (14,81%) vs 5/35 (14,29%), $p = 0,95$ аллографтов были утрачены. Для выполнения анализа выживаемости использовался метод Каплана-Майера и регрессия Кокса, которые не выявили существенных различий выживаемости трансплантата в зависимости от метода лечения. Годовая выживаемость графтов составила 23/25 (93%) vs 32/35 (92%), пятилетняя – 20/25 (83%) vs (30/35) 87%, $p = 0,49$. Критерий Кокса равен 1,044. Длительность госпитализации значительно различалась среди двух методов лечения 6 (4–11) vs 12 (10–15) дней, $p < 0,001$.

Выводы. Результаты исследования показали, что каждая из методик позволяет успешно провести коррекцию стриктуры и восстановить функцию трансплантата при одинаково

высокой длительности функционирования трансплантат и выживаемости пациентов. Несомненным преимуществом малоинвазивного метода является сокращение длительности госпитализации, что обусловлено уменьшением времени операции и низкой травматичностью вмешательства. Такие пациенты бесспорно обладают более высоким реабилитационным потенциалом. Таким образом, учитывая сопоставимую эффективность и более высокий реабилитационный потенциал, малоинвазивная методика является предпочтительным методом лечения стриктур мочеточника трансплантата почки.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛЫ CARPINI У ПАЦИЕНТОВ,
ПОДВЕРГНУТЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ**
С.М. Мирзаханов, З.М. Кухмазова, А.Т. Ханахмедова – студенты 531 группы лечебного
факультета

Кафедра госпитальной хирургии № 2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: к.м.н. ассистент кафедры Ф.П. Айтекова

Актуальность. Венозные тромбозмболические осложнения (ВТЭО) являются одними из ведущих проблем в хирургической практике. Профилактика ВТЭО является важным пунктом введения пациентов в послеоперационном периоде. У хирургических пациентов риск возникновения ВТЭО зависит от соматического состояния, сопутствующих заболеваний, степени дегидратации, продолжительности иммобилизации, вида, продолжительности и травматичности операции. На данный момент проводится стратификация риска развития ВТЭО, как для пациентов терапевтического профиля, так и хирургического профиля. Специфичной шкалы риска ВТЭО именно для эндоваскулярных операций нет. Оценка риска пациентов хирургического профиля в большинстве случаев проводится по шкале Carpinі. Она является общей шкалой для стратификации риска всех хирургических пациентов, которая учитывает как общее состояние пациента на момент оперативного вмешательства, так и вид оперативного вмешательства, его продолжительность и травматичность. В частности эндоваскулярные вмешательства по этой шкале относят к малой хирургии и таким пациентам присуждается минимальный балл.

Цель исследования. Изучение эффективности шкалы Carpinі у пациентов, перенесших эндоваскулярному вмешательству.

Материал и методы исследования. В исследовании приняло участие 115 пациентов. В исследуемую группу вошли 53 пациента, которым было проведено эндоваскулярное вмешательство, длительность анестезии составила менее 1,5 часов. Средний возраст в исследуемой группе 45,7 ±5,8. В контрольную группы вошли 62 пациента, которым было

проведено нейрохирургическое вмешательство, являющееся в связи со спецификой патологии продолжительным и травматичным, длительность анестезии составляла более 2,5 часов. Средний возраст в контрольной группе 65,1±6,2. В качестве метода определения ВТЭО было выбрано УЗДГ вен нижних конечностей, которое проводилось в послеоперационном периоде в течение первых суток. В рамках исследования каждая из групп разделялась по группам риска.

Уровень риска ВТЭО	Исследуемая группа	Контрольная группа
0-1 балл (очень низкий риск)	19	—
2 балла (низкий риск)	23	9
3-4 балла (умеренный риск)	8	32
5 и более баллов (высокий риск)	3	21

Таб. 1 Стратификация риска ВТЭО по шкале **Caprini**

Результаты исследования. В исследуемой группе эхопризнаки ВТЭО выявлены у 1 пациента: тромбоз ствола малой подкожной вены (МПВ) билатерально, тромбоз передней большеберцовой вены, без флотации (пациент относился к группе высокого риска). Частота ВТЭО у пациентов, подвергнутых эндоваскулярному вмешательству с длительностью анестезии менее 1,5 часов, составляет 1,9±2,1% (1 из 53 случая). Во второй группе у 4 пациентов были обнаружены ВТЭО: у первого пациента обнаружены эхографические признаки окклюзирующего тромбоза малой подкожной вены (МПВ) правой голени; у второго пациента тромбоз суральных вен левой голени, без флотации; у третьего пациента эхопризнаки тромбоза ствола МПВ билатерально, расширение внутрикожных венозных притоков поверхностных вен с двух сторон; у четвертого пациента выявлены эхопризнаки тромбоза малоберцовой вены справа, несостоятельность перфоранта Кокетта справа. Все пациенты относились к группе высокого риска. Частота ВТЭО у нейрохирургических больных с длительностью анестезии более 2,5 часов составляет 6,6±3,1% (4 из 62 случая)

Выводы.

На основании результатов статистической обработки, можно сделать выводы:

1. Подтвердить наличие зависимости между продолжительностью и травматичностью оперативного вмешательства, и риском развития ВТЭО
2. Использование шкалы Caprini для стратификации риска ВТЭО при эндоваскулярных вмешательствах можно считать рациональным.

ЛЕЧЕНИЕ УРГЕНТНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Р.С. Наматулин – студент 6 курса 5 группы лечебного факультета
Кафедра факультетской хирургии и онкологии *ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ*

Актуальность. Количество больных с опухолями органов брюшной полости достаточно велико. Развитие неотложных абдоминальных осложнений онкозаболеваний отменяет или переносит на более поздний срок специфическое лечение опухоли, а также увеличивает общую летальность по сравнению с теми же осложнениями у неонкологических больных.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения онкологических больных с urgentными абдоминальными осложнениями

Материалы и методы исследования. В исследование включен 931 пациент, оперированный в экстренном хирургическом отделении хирургической клиники УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ в 2022 году. Среди них 71 (7,6%) с раком органов брюшной полости и urgentными абдоминальными осложнениями. Изучали характер осложнения, вид оперативного пособия, непосредственные результаты хирургического лечения в виде наступления летального исхода в течение ближайших 30-ти суток послеоперационного периода.

Результаты исследования. Непроходимость ЖКТ – самое частое осложнение, которое встретилось в 33 (46,5%) случаях. Из них 10 (30,3%) случаев высокой ОКН, по поводу которых у 2 пациентов выполнены резекционные вмешательства, а в остальных случаях наложены обходные анастомозы или наложена илеостома. Наиболее часто имела место низкая ОКН при колоректальном раке – 23 (69,7%) случая.

Механическая желтуха составила 32 (45,1%) случая, из которых 20 (62,5%) сопровождалось низким блоком обтурации. У них применяли наружное и внутреннее дренирование ЖВП, в отличие от группы с высоким блоком у 12 (37,5%) пациентов, которым выполнялось только наружное дренирование.

Кровотечения в просвет из верхних отделов ЖКТ встретились у 3 (4,2%) больных. У двух пациентов выполнена резекция желудка, а у одного прошивание кровоточащего сосуда. С одинаковой частотой имели место воспалительные осложнения опухолей с развитием перитонита, при этом перфорации полых органов встретились в 2 (2,8%) случаях.

Послеоперационная летальность составила 8 (11,3%) пациентов. Из них 2 пациента с ОКН, 4 с МЖ и 2 с клиникой перитонита.

Выводы. Наибольшая летальность наблюдается среди пациентов с механической желтухой и воспалительными осложнениями опухолей с развитием перитонита, которая обусловлена развитием абдоминального сепсиса с органными дисфункциями различной степени тяжести, а также наличие онкологического статуса у пожилых пациентов на фоне

имеющейся сопутствующей патологии.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ

М.А. Газиева, З.Ш. Бийарсланова, Ю.М. Агавова - клинические ординаторы

Кафедра хирургии ФПК и ППС с эндохирургией ФГБОУ ВО ДГМУ

Научный руководитель - д.м.н., доцент М.К. Абдулжалилов

Актуальность. Перфоративная язва является наиболее опасным осложнением язвенной болезни, сопровождающаяся тяжелыми послеоперационными осложнениями и летальностью. Цель исследования. Изучить эффективность различных доступов и способов хирургического лечения пациентов перфоративной язвы.

Материал и методы исследования. В работе представлен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 620 пациентов перфоративной язвой, выписанных из хирургических отделений республики Дагестан за последние 3 года. Среди них было 548 (88, 4%) мужчин и 72 (11, 6%) женщин. Соотношение между мужчинами и женщинами составил 7,6:1. Возраст пациентов составил 38,0±2,9 лет. За анализируемый период наблюдается снижение числа случаев перфоративной язвы в республике на 14,9%. По каналам доставки пациенты распределились следующим образом: бригадой скорой медицинской помощи доставлены 482(77,7%) обратились самотеком – 133 (22,3%). Позже суток от начала заболевания госпитализированы 89(14,4%) пациентов. Показатель поздней госпитализации пациентов с данной патологией за анализируемый период остается без существенных изменений (15,7-13,1-15,8%), но он выше предыдущих лет в 1,5 раза, что свидетельствует о неэффективности санитарно-просветительской работы среди населения. При сборе анамнеза заболевания было установлено, что 155 (25,0%) пациентов имели «желудочный анамнез», но не обращались за медицинской помощью и самостоятельно не обследовались. Язвенный анамнез выявлен у 104 (16,89%) пациентов, но при этом пациенты не находились под постоянным диспансерным наблюдением и регулярно не получали противорецидивную терапию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Большая часть пациентов (361-58,2%) не имели «желудочный» анамнез, но имели «немую» язву, которая внезапно осложнилась перфорацией. При госпитализации в стационар всем пациентам в вертикальном положении выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости с охватом диафрагмы с целью выявления «свободного газа» под правым куполом диафрагмы, тест был положительным у 399 (64,4%) пациентов, отрицательным – у 221 (35,6%). При отрицательном тесте на «свободный газ» 59 (26,7%) пациентам выполнили пневмогастрографию, 73 (33,0% - диагностическую лапароскопию, что позволило подтвердить диагноз, а у 89(40,3%) – диагноз установлен при лапаротомии, что связано с отсутствием диагностического оборудования в большинстве

районов республики. Перфоративная язва желудка была диагностирована в 8,9% случаев, а ДПК - в 91,1%. Соотношение язв желудка к язве ДПК составила 1:10. Диаметр перфоративного отверстия язвы колебался в пределах 5 - 15 мм. При диаметре перфорации до 2 – 4 мм количество выпота в брюшной полости достигал до 500 мл, более 5 мм – до 3000 мл. Количество выпота в брюшной полости не всегда соответствовал диаметру перфорации. Пациенты были распределены на 2 группы: контрольную и основную, которые соответствовали друг другу по полу, возрасту, сопутствующей патологии, срокам заболевания. Контрольную группу составили 343 (55,3%) пациента, основную 277 (44,7%). В контрольной группе пациентов наиболее часто хирурги использовали ушивание перфоративной язвы по способу Неймарка (238 – 69,4%), на втором месте по использованию был способ Оппеля-Поликарпова (63-18,4%), на третьем - способ Островского (42-12,2%). При местном перитоните у 183 (53,4%) пациентов применили: способ Неймарка - в 112 (61,2%), Островского – в 12(6,6%), Оппеля-Поликарпова- в 59(32,2%). При диффузном перитоните у 90(26,2%) пациентов, соответственно: по Неймарку – в 76(84,4%), Островскому – в 7 (7, 8%), Оппелю - Поликарпову – в 7(7,8%) случаях. При разлитом перитоните у 70(20,4%) пациентов ушивание перфоративной язвы по Неймарку выполнили в 56 (80,0%), Островскому – 14(20,0%) случаях. Способ Оппеля – Поликарпова при разлитом гнойном перитоните хирургии не применили в виду выраженных воспалительных изменений большого сальника. Продолжительность операции при местном перитоните составил 64, 94±1,7, диффузном перитоните – 71,88±5,04, разлитом– 73,33±5,77 минут ($P>0,05$), что свидетельствует об отсутствии разницы в продолжительности ушивания перфоративной язвы при лапаротомном доступе. При ушивании перфоративной язвы пациентов основной группы применили лапароскопический доступ и следующие способы ушивания перфоративной язвы: по Неймарку – в 147 (53,1%) случаях, а в 130(46, 9%) – 1-3 эндошвами без оментопластики. Из них при местном перитоните у 162(58, 5%) пациентов применили: способ Неймарка – в 105 (64,8%), интракорпоральные швы – в 57(35,2%) случаях. При диффузном перитоните у 81(29, 2%) пациента перфоративную язву ушивали: по Неймарку – в 41(50,6%), интракорпоральными швами – в 40(49,4%) случаях. Пациентам с разлитым перитонитом (32 – 11,6%) перфоративную язву во всех случаях ушивали интракорпоральными швами. Продолжительность операции пациентов основной группы при лапароскопическом доступе составила: при местном перитоните 66, 25±3,28, диффузном – 116,67±12,68 минут ($P<0,05$), что было связано с наличием субоперационных технических трудностей.

Результаты исследования. Послеоперационный период у 84(24,5%) пациентов с распространенным перитонитом протекал с паралитической кишечной непроходимостью. После операции 10 (2,9%) пациентам потребовалась релапаротомия по требованию в виду ухудшения состояния в результате прогрессирования перитонита. Причиной повторной

операции послужили: несостоятельность швов (20-6,1%), несостоятельность швов и дуоденальное кровотечение из шовной линии 7(2,0%). Несостоятельность швов развилась при ушивании перфоративной язвы интракорпоральными швами. Наиболее чаще дуоденальное кровотечение из шовной линии после операции наблюдалось после ушивания перфоративной язвы по Островскому, что свидетельствует о развитии кровотечения при применении двухрядных швов. Причиной кровотечения, на наш взгляд, послужили швы, проникающие в просвет ДПК при ушивании перфоративной язвы. По классификации Clavien-Dindo послеоперационные осложнения распределились следующим образом: класса I – 91 (26,5%), класса II – 7(2,0%), класса III – 10(2,9%), класса IIIb – 10 (2,9%), IV – 7(2,0%) и V – 7(2,0%). У пациентов основной группы развились следующие послеоперационные осложнения: несостоятельность швов – в 16(5,8%), дуоденальное кровотечение из шовной линии – в 57(20,6%), релапаротомия – в 8 (2,9%) случаях. По классификации Clavien-Dindo послеоперационные осложнения распределились следующим образом: класс I – 57 (20,6%), III – 16(5,8%), IIIb – 16 (5,8%), IV – 8(2,9%) и V – 8(2,9%).

Выводы:

1. За последние годы наблюдается снижение числа случаев перфоративной язвы и рост показателя поздней госпитализации пациентов.
2. Каждый четвертый пациент при наличии «желудочного» анамнеза не обследовался, каждый шестой при наличии язвы – не получал сезонное противорецидивное лечение.
3. Среди всех пациентов с перфоративной язвой у 58,2% пациентов перфорировала «немая» язва, что является результатом неэффективной диспансеризации.
4. У 40,3% пациентов перфоративная язва диагностирована при лапаротомии, что указывает на слабую материально-техническую базу медицинских организаций.
5. Наиболее эффективным способом хирургического лечения пациентов перфоративной язвой явилось лапароскопическое ушивание по Неймарку.

ПРОБЛЕМА ВОЗБУЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Р.Р. Гизатуллин – ассистент кафедры неврологии, Ю.Э. Хужина – студентка гр. Л501А,
А.С. Сеницина – студентка гр.Л501А**

Кафедры: эпидемиологии, неврологии, анестезиологии и реаниматологии

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научные руководители: д.м.н., проф., зав. кафедрой эпидемиологии А.М. Мухаметзянов, д.м.н.,

проф. кафедры неврологии Л.Р. Ахмадеева, к.м.н., доц. кафедры анестезиологии и

реаниматологии Р.Х. Гизатуллин

Актуальность. Седация пациента для купирования беспокойства и облегчения

механической вентиляции легких - одна из ключевых проблем медицины критических состояний. Во время пандемии коронавирусного заболевания COVID-19 беспрецедентному количеству пациентов требуется седация в отделениях интенсивной терапии из-за их зависимости от аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Длительное течение дыхательной недостаточности при COVID-19, кумулятивные побочные эффекты и проблемы зависимости от часто используемых седативно-анальгетических инфузий требуют инновационных подходов, включая использование мультимодального обезболивания. Данные пациенты нуждаются в комплексной неврологической оценке, мониторинге уровня сознания и седации.

Цель исследования. Оптимизировать мониторинг седативной терапии для улучшения результатов лечения пациентов с тяжелой формой коронавирусной инфекцией COVID – 19.

Материалы и методы исследования. В работу включены пациенты с тяжелой формой коронавирусной инфекцией COVID – 19 прошедшие лечение в Госпитале COVID-19 Клиники БГМУ города Уфы, которым проводилась искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Всем пациентам проводилась медикаментозная седация пропофолом. Пациенты были разделены на 2 группы по исходам заболевания: выжившие (n=21) и с летальным исходом (n=19). Возраст пациентов от 25 до 88 лет (средний возраст $62,9 \pm 15,67$), продолжительность ИВЛ от 9 до 56 суток в условиях реанимационного отделения. Показанием для проведения медикаментозной седации явились необходимость проведения инвазивной респираторной поддержки аппаратом ИВЛ в положении prone-позиции, проведение инвазивных процедур. Тяжесть состояния оценивалась шкалами APACHE, SOFA, степень глубины седации оценивалась шкалой Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS). В исследование включены пациенты с диагнозом коронавирусная инфекция COVID-19 (вирус идентифицирован), тяжелая форма. Критерий исключения: возраст до 18 лет, нарушения сознания в связи с неврологическими заболеваниями. Лечение пациентов проводилось согласно клиническим рекомендациям Министерства Здравоохранения России. Седация пациентов проводилась согласно клиническим рекомендациям «Федерации анестезиологов и реаниматологов» от 3 апреля 2020 года. Пациентам проводилась седация от минус 2 до минус 3 по шкале Ричмонда возбуждения-седации, т.е. до достижения легкого седативного эффекта.

Результаты исследования. В таблице 1 представлены результаты оценки шкалами тяжести состояния пациентов в 1-е и 7-е сутки лечения в отделении реанимации SOFA и APACHE, шкала возбуждения-седации RASS, а также насыщение гемоглобина кислородом и температуры тела.

Таблица 1 – Тяжесть состояния пациентов при поступлении в отделение реанимации оцененное шкалами SOFA, APACHE, шкала возбуждения-седации RASS, насыщение гемоглобина кислородом SpO₂, Температура тела 1-е сутки лечения

Показатель	выжившие				умершие			
	1-е сут.	1-е сут.	7-е сут.	7-е сут.	1-е сут.	1-е сут.	7-е сут.	7-е сут.
	среднее	ст.откл.	среднее	ст.откл.	среднее	ст.откл.	среднее	ст.откл.
SOFA	5,25	3,39	4,5	3,45	5,56	3,00	3,63	1,51
APACHE	8,17	5,10	8,33	5,13	9,33	3,64	8,38	4,21
RASS	-1,5	1,73	-0,5	1,98	-2,11	1,05	-2,25	1,17
SpO2	85,17	8,91	90,83	6,74	91,29	7,87	78,78	11,28
Температура	37,01	0,81	37,4	0,92	36,92	0,96	37,33	1,06

Тяжесть состояния пациентов, оцениваемая шкалами SOFA и APACHE выживших и с летальным исходом в 1-е и 7-е сутки лечения в отделении реанимации статистически значимо не отличалась. Так же температура тела у пациентов при поступлении в исследуемых группах была соизмерима от 36 до 39°C. Был проведен ROC – анализ насыщения гемоглобина кислородом (рисунок 1).

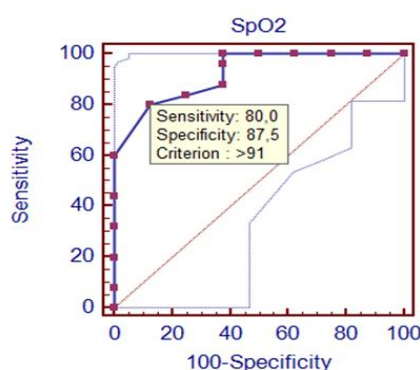


Рисунок 1 – ROC – анализ насыщения гемоглобина кислородом (SpO2) у пациентов в момент поступления в отделение реанимации

Площадь под кривой оперативной характеристики насыщения гемоглобина кислородом (AREA UNDER THE ROC curve, AUC) 0,923 ($p < 0,0001$), чувствительность 80,0%, специфичность 87,5% с пороговым значением SpO2 равным 91%.

Нами проведен ROC-анализ шкалы возбуждения-седации RASS пациентов при поступлении и на 7-е сутки лечения (Таблица 2).

Таблица 2 - ROC – анализ шкалы возбуждения-седации Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS) 1-е и 7-е сутки проведения ИВЛ

	Чувстви- тельность	Специфич- ность	AUC	p
1 сутки	30,0%	90,9%	0,550	0,688
7 сутки	100,0%	37,5%	0,790	0,007

Площадь под кривой оперативной характеристики (AREA UNDER THE ROC curve, AUC) шкалы RASS равнялась 0,55 ($p = 0,688$). При поступлении в отделение реанимации шкала возбуждения-седации RASS не позволяет прогнозировать исход заболевания. На 7-е сутки шкала RASS демонстрирует хорошие возможности дифференцировать пациентов по

исходам. ROC – анализ шкалы возбуждения-седации Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS) 7-е сутки проведения ИВЛ показал площадь под кривой оперативной характеристики (AREA UNDER THE ROC curve, AUC) 0,79 ($p = 0,0074$) пороговое значение шкалы RASS равное минус 3.

Выводы. Насыщение гемоглобина кислородом менее 91% является прогностически неблагоприятным фактором у пациентов с COVID-19. Оптимальный уровень седации у данных пациентов по шкале RASS не менее минус 3 балла. Проведение седативной терапии пациентам отделений интенсивной терапии с COVID – 19 требует отработки организационных и лечебных аспектов. Необходимо учитывать свойства лекарственных препаратов, их взаимодействие и влияние на метаболизм пациента, уникальные характеристики пациентов (длительная инвазивная механическая вентиляция легких, длительное медикаментозное воздействие на фоне вирусной инфекции).

Сравнительный анализ герниопластики по Лихтенштейну и «Plug and patch» при прямых паховых грыжах

А.В. Калямова, Д.М. Ситдикова - студенты 2412 гр. педиатрического факультета

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель - ассистент Б.А. Сахабетдинов

Актуальность: паховые грыжи являются одной из самых распространенных среди грыж, встречающихся в практике хирурга. «Золотым стандартом» паховой герниопластики сегодняшнего дня является методика Лихтенштейна, в основе которой лежит имплантация полимерной сетки под апоневроз наружной косой мышцы живота без затрагивания мышц и поперечной фасции. Благодаря отказу от закрепления краев фасции и мышц на паховой связке получается так называемая "свободная от натяжения" адаптация. Существует несколько модификаций данной операции: plug and patch и prolen hernia system и т.д. При проведении операции методом «plug and patch» происходит ведение "пробки и заплатки" в предбрюшинное пространство через грыжевые ворота. Данный подход предполагает минимальное рассечение тканей, быстрое возвращение к повседневной активности и низкий уровень послеоперационных рецидивов. В современной литературе недостаточно научных исследований на данную тематику. Выбор той или иной ненатяжной тактики остается оперирующему хирургу.

Цель работы: ознакомиться с классически применяемыми в настоящее время методиками хирургического лечения прямых паховых грыж, а также провести сравнительный анализ методики Лихтенштейна и «plug and patch».

Материалы и методы исследования: анализ историй болезни пациентов, перенесших

герниопластику при прямых паховых грыжах методикой по Лихтенштейну и plug and patch. 1 группа (операция по Лихтенштейну) пациентов 175 пациентов; 2 группа пациентов (операция «plug and patch») 30 пациентов.

Результаты: на основании анализа истории болезни 175 пациентов (148 мужчин, 27 женщин; средний возраст 49 лет), перенесших герниопластику методикой по Лихтенштейну в хирургическом отделении 18 городской больницы города Казани по 2022 год. Послеоперационное течение было гладким у 93%, у остальных отмечалось развитие в послеоперационном периоде сером, гематом и инфильтрата раны без признаков инфицирования. Длительность пребывания в стационаре составляло 4±1 день койка дней. 6 - месячная эффективность проведенной операции у 98,5% была без рецидивов.

2 группа пациентов (30 человек) перенесших герниопластику по поводу односторонней прямой паховой грыжи в хирургическом отделении 18 городской больницы города Казань.

Послеоперационный период без осложнений у 94% пациентов, у остальных отмечались аналогичные осложнения. Длительность пребывания в стационаре составляло 4±1 день койка дней. 6 - месячная эффективность проведенной операции у 97% была без рецидивов.

У всех пациентов как в первой так и во второй группе проводилось антибиотикопрофилактика - цефазолин 1,0 внутримышечно за 30 минут до операции. В послеоперационном периоде назначались кетаролан 1.0 два раза в день внутримышечно №2, эноксипарин-натрия 0.2-0.6 мл по показаниям. Отягощенный анамнез по сопутствующим заболеваниям был следующим: гипертоническая болезнь 1-2 степени у 12±0,9%; ИБС 1-2 ст. ФК 2 Риск 1-2 у 5±0,3%; сахарный диабет 2 типа у 3±0,2%. Данные репрезентативны для обеих групп (значение $P = 0,035+0,006$). Риск ВТЭО составлял 1-4 балла в обеих группах.

Вывод: Герниопластика по Лихтенштейну и «Plug and patch» при прямых паховых грыжах имеют одинаковые показатели по количеству рецидивов (максимально 2%). Таким образом, выявив статистику по данным методам герниопластики, можно сделать вывод, что оба метода репрезентативны по рецидивности, выявленной в малом количестве пациентов, что говорит о высокой эффективности двух этих методик.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

А.А. Магомедов – клинический ординатор

Кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. М.М. Магомедов

Введение. Несмотря на достижения современной медицины в диагностике и лечении

язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) остаются актуальной проблемой неотложной хирургии, со стабильно высокими показателями заболеваемости, а также - частоты рецидива кровотечения (РК) и летальности, достигающих 15% и 20% соответственно. Особую остроту эта проблема приобретает у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, согласно современным исследованиям является независимым фактором риска ВГДК

Цель. Улучшение результатов лечения гастродуоденальных кровотечений у больных сахарным диабетом 2 типа путем изучения особенностей их протекания и оптимального алгоритма диагностики и комплексного лечения.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 280 пациентов с ЯГДК, пролеченных на базе РКБ СМП за период с 2019 по 2022 г. в возрасте от 21 по 76 лет, средний возраст $45,7 \pm 4,3$ года. Мужчин составили 176(62,9%), женщин – 104(37,1). Всем пациентам выполнено ФГДС в экстренном порядке с визуализацией источника кровотечения. Выявлено, что язвенный дефект локализовался на передней стенке желудка и двенадцатиперстной кишки – в 91(32,5%) случая, на задней стенке – 123(43,9%), на малой кривизне- 39(13,9%), на большой кривизне - 27(9,6%). В соответствии с классификацией по Forrest признаки продолжающегося кровотечения обнаружены у 14 (5%) пациентов(F1a) и у 62 (22,1%) (F1b). Состоявшихся кровотечений выявлено у 207(73,9%) пациентов: (F2a) - 130(62,8%), F2b - 49(23,7%), F2c - 28(13,5%). Из 280 пациентов с сахарным диабетом 2 типа поступили 56(20%). Кровотечением Forrest 1a - 11(19,6%) пациентов, Forrest 1b - 12(21,4%), Forrest 2b - 17(30,3%) и Forrest 2c - 16(28,5%). Выбор метода эндоскопического гемостаза проводили с учетом его эффективности, надежности профилактики рецидива кровотечения, визуальной эндоскопической характеристики. Для остановки ГДК и уменьшения риска его рецидива использовали комбинированный эндогемостаз у 46(82,1%), при неустойчивости рецидива кровотечения применяли эндоваскулярный гемостаз у 10(17,9%) пациентов.

Для стратификации осложнений и риска летальности использовали шкалы Blatchford и Rockall. Продолжительность язвенного анамнеза у больных СД составляла от 1 до 8 лет, в среднем $5,9 \pm 0,96$ г. Риск развития геморрагического шока (ГШ) был выше у больных с непродолжительным или отсутствующим анамнезом ЯБ ($2,4 \pm 1,8$ против $9,7 \pm 1,0$ г. У больных без ГШ; $r = 4,88$; $p = 0,004$), одновременно при длительном язвенном анамнезе была максимальной вероятность обнаружения при первичной ЭГДС стигмат кровотечения FIB ($17,0 \pm 5,1$ г.; $F = 4,99$; $p = 0,027$). Геморрагический шок у больных СД закономерно возникал в случае тяжелой кровопотери ($p = 0,35$; $p < 0,001$), характеризовался низким сист. артериальным давлением ($83,5 \pm 11,7$ против $128,8 \pm 23,6$ мм.рт. ст. у больных без геморрагического шока; $r = 61,6$; $p < 0,001$) и повышением ЧСС при поступлении ($99,7 \pm 18,4$ против $90,9 \pm 13,1$ уд. / мин. $r = 6,4$; $p = 0,012$), существенно ниже Hb ($56,3 \pm 18,6$ против $92,9 \pm 28,1$ г / л; $r = 27,6$; $p < 0,001$) и

выше гликемии при поступлении ($12,5 \pm 1,2$ против $9,7 \pm 4,9$ ммоль / л соответственно ; $r = 5,0$; $p = 0,027$).

Результаты. Согласно данным клинических, гемодинамических и гематологических показателей умеренная степень кровопотери установлена у 16 (28,6%) больных, средний - у 17 (30,4%), тяжелая - у 23 (45,7%). Геморрагический шок констатировали у 11 (19,6%) пациентов, в том числе из средней тяжести (5,8%; $p < 0,05$) и тяжелой формой СД (26,1%, $p < 0,05$), для них возрастал риск кровотечения (ОШ 6,2; 95% ДИ 1,32-28,9; $p = 0,02$) и многократно - летальности (ОШ 41,7; 95% ДИ 11,1-156,7; $p < 0,001$). Оперативное лечение при язвенных кровотечениях выполнялось в 3,8% случаев, эндоваскулярный гемостаз у 9 (16,1%). Рецидив кровотечения был характерен для язвенной болезни (27,1%), а для пациентов с сахарным диабетом (14,3%). Летальность при язвенных кровотечениях составила — 8,2%, при СД — 16,1%. Диаметр более 1 см отмечен у 80,4% кровоточащих язв желудка, ЯГДК из них развивалась на фоне тяжелой и средней тяжести СД (93,3%). При локализации источника кровотечения в луковице ДПК диаметр язвы более 1 см имели 57,1% больных, 2 см и более - 10,7%, на среднюю и тяжелую формы СД приходилось 91,1%. Прогностически неблагоприятными считают размер язвы более 2 см. У больных с язвами диаметром ≥ 2 см чаще отмечали коллапс, АД сист. < 100 мм. рт. ст. при поступлении, стигматы ЯГДК подгрупп FI B, F II

Заключение. По результатам патоморфологического исследования биоптатов слизистой желудка, ДПК, краев язвы, резецированных во время операции тканей желудка и ДПК с язвой, аутопсийного материала у больных ЯГДК с СД с помощью световой микроскопии, была обнаружена патогистологическая картина хронической язвы в стадии обострения. Язвенные дефекты желудка и ДПК характеризовались значительной глубиной, расширенной зоной некроза, с признаками микроангиопатии слизистой желудка и ДПК, как обязательного морфологического проявления СД и является одним из главных факторов трофических изменений в слизистой оболочке, которые обуславливают прогрессирование изменений, приводящих к аррозии стенки сосудов язвенного кратера и возникновения кровотечения из язвы. Периульцерозные зоны слизистой оболочки имели черты хронического гастрита, с проявлениями атрофии различной степени и вариабельного склероза. Признаки хеликобактерной инфекции выявлено в 44,6% пациентов.

Выводы.

1. Пациенты с ЯГДК на фоне СД составляли 20% от общего количества язвенных кровотечений по сравнению без сопутствующего СД, имели более высокую частоту тяжелой кровопотери (40,1% против 17,8 %), в 2,3 раза - признаки ГШ (9,2% против 3,4%) и более выраженную сопутствующую патологию (ССС $11,4 \pm 2,9$ против $6,25 \pm 2,01$ баллов).

2. Увеличение частоты проведения комбинированного гемостаза (от 48,2% до 82,7%) наряду с применением современных инвазивных методов эндоваскулярного гемостаза,

способствовало повышению эффективности (от 86,3% до 97,8%), обеспечило надежную профилактику рецидива кровотечения и снижение летальности.

3. Внедрение разработанного клинически и патогенетически обоснованного комплексного лечения пациентов с ЯГДК на фоне мультидисциплинарного подхода, с адекватной коррекцией гипергликемии, позволило улучшить ближайшие результаты лечения: снизить операционную активность с 7,1% до 1,7% и уменьшить общую летальность (от 16,1% до 3,6%).

КИСТОЗНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А.М. Мустафаева - студентка 3 курса 30 гр. лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., асс. С.М. Магомедова

Введение. Хронический панкреатит (ХП) - это вялотекущий воспалительный процесс, способствующий постепенной гибели панкреоцитов, с замещением паренхимы соединительной тканью, характеризующееся формированием недостаточности экзокринной и эндокринной функций, а также стойкого болевого синдрома. Хронизация воспалительного процесса в поджелудочной железе (ПЖ) в большинстве случаев наступает у пациентов, перенёсших деструктивный панкреатит различной этиологии. Это зависит в большинстве случаев от объёма некроза паренхимы железы. Чаще всего они являются кистозными образованиями как самой железы, так и парапанкреатической клетчатки. Наиболее часто развивающиеся осложнениями кист ПЖ являются нагноение (около 20%), аррозивное кровотечение в просвет кисты и протоки (от 1,6% до 20%), прорыв кисты в брюшную полость, а также сдавление соседних органов.

В лечении кистозного варианта ХП используются как малоинвазивные, так и традиционные оперативные вмешательства. Малоинвазивные методы при кистах ПЖ реализуются транспапиллярными и трансмуральными доступами под лучевой и эндоскопической навигациями.

В открытой хирургии псевдокистозной формы ХП используются резекционные и дренирующие технологии. Несмотря на современные успехи остаётся множество вопросов и нерешённых задач, требующих дальнейшего накопления опыта хирургического лечения кистозного морфологического типа ХП.

Цель исследования. Определение эффективности лечебно-диагностического алгоритма для пациентов с кистозным морфологическим типом ХП.

Материал и методы. Анализированы 434 пациентов ХП, госпитализированных в

порядке оказания неотложной помощи в связи с обострением панкреатита.

Объектом хирургического лечения стали 151 пациент типа В (классификация M.Buchler и P.Malferstheiner (2002)) и 12 пациентов типа СЗ. У всех этих пациентов имелись различные осложнения ХП, способствующие обострению воспалительного процесса в ПЖ. Среди них были 59 пациентов с кистами ПЖ. Из них псевдокисты выявлены у 42 (27,8%) пациентов, ретенционные кисты-у 5 (3,3%) и сочетание ложных и ретенционных кисту 10(14,5%).

Окончательный выбор вида вмешательства определяли после комплексного обследования пациентов подразумевающего выполнение УЗИ (ЭУС), ФГДС, МСКТ, МРТ-холангиопанкреатография. При необходимости выполняли РХПГ. Показанием к его выполнению считали кисты, расплывшиеся в головке железы и имеющие сообщение с протоковой системой. Важным при этом является доказательство наличия сообщения кисты с протоковой системой и попытка лечебного воздействия (вирсунготомия, стентирование протока).

Пункция кисты под УЗИ навигацией выполнена в 9 (5,9%) наблюдениях; наружное дренирование кисты под лапароскопической навигацией – в 5 (3,3%); лапароскопическая петлевая цистоеюностомия с брауновским соустьем- в 3 (1,9%); цистодуоденостомия со стентированием под эндоскопической навигацией - 3 (1,9%); РХПГ, вирсунготомия, дилатация стриктуры панкреатического протока с установкой стента в просвет кисты– в 2 (1,3%); эндоскопическая гастростомия со стентированием - в 3 (1,9%); лапаротомия, цистодуоденостомия (операция Омбредана) - в 3 (1,9%); лапаротомия наружное дренирование кисты - в 5 (3,3%); лапаротомия, операция Фрея - в 2 (1,3%); лапаротомия, перевязка селезёночной артерии, цистоеюностомия на выключенной по Ру петле – в 3 (1,9%); лапаротомия, цистоеюностомия на выключенной по Ру петле – в 14 (9,2%) случаев.

Результаты исследования. Среди пациентов, которым показано оперативное лечение кистозная форма ХП составляет около 37,1%. Инструментальные методы диагностики ХП в настоящее время с высокой вероятностью способны дифференцировать диагноз ХП. При дифференциальной диагностики постнекротических кист и кистозных опухолей ПЖ чувствительность ЭУС не превышает 45-52%. По данным УЗИ и ЭУС практически не удаётся выявить наличие сообщений кист с протоками ПЖ, что имеет важное значение при выборе хирургической тактики. МСКТ и МРТ холангиопанкреатография существенно расширили возможности дифференциальной диагностики хронических заболеваний ПЖ. Чувствительность и общая точность этих методик в диагностике псевдокистозного типа ХП составляет около 97%, а для определения его взаимоотношений с протоками практически приближается к 100%, представляя хирургам всю необходимую информацию.

При выборе тактики лечения кистозной формы ХП, мы исходим из того, что кистозные

опухоли (муцинпродуцирующие, папиллярные и т. д.) не следует относить к морфологическим типам ХП. Они относятся к новообразованиям, их полость выстлана цилиндрическим эпителием и для них характерен высокий индекс малигнизации, при этом большинство авторов считает их облигатным предраком. При кистозных опухолях, как правило, в прилежающих к кисте участках паренхимы ПЖ никаких патоморфологических изменений, характерных для ХП, не отмечается. По данным литературы их малигнизация на момент операции выявляется 20-25% случаях. Учитывая высокий индекс малигнизации, эти пациенты должны подвергаться хирургическому лечению, которое всегда предполагает резекцию ПЖ в прелелах здоровых тканей.

Нами лапароскопическое дренирование кисты выполнено 5 пациентам при недоступности кисты для пункции, наличии в просвете неоднородного содержимого, фрагментов ткани (по данным УЗИ, ЭУС, МСКТ или МРТ), ещё у 3 пациентов, при сообщающейся протоковой системы железы кистой, выполнена лапароскопическая цистоеюностомия с брауновским соустьем и заглушкой по Шалимову. Эндоскопические вмешательства при кистах ПЖ удалось выполнить у 9 пациентов. У 3 из них вмешательства осуществлены через большой дуоденальный сосочек. Такие вмешательства возможны при короткой стриктуре (не более 1,5-2 см.) проксимальной части вирсунгова протока и сообщающейся с протоками кистой. При этом выполняется РХПГ, ПСТ, вирсунготомия или дилатация стриктуры и стентирование протока.

При локализации кисты в головке железы, невозможности выполнения эндоскопического вмешательства, наличии сообщения с протоками железы в последние годы мы предпочитаем выполнять операцию Фрея (вместо операции Омбредана). При локализации кисты дистальнее головки вполне удовлетворительные результаты получены при цистоеюностомии на выключенной по Ру петле.

Заключение. В структуре клинко-морфологических типов ПЖ, требующие хирургического лечения, удельный вес пациентов с псевдокистами составляет 35,1%. Пункционные методы под лучевой навигацией показаны при не нагноившихся ложных кистах, не сообщающихся с протоками ПЖ. Показанием к эндоскопическим вмешательствам являются кисты, прилежающие к медиальной стенке двенадцатиперстной кишки, задней стенке желудка.

При нагноившихся кистах методом выбора является эндовидеохирургический, мини – и нетрадиционный доступ, посредством которых осуществляется наружное дренирование кист, что позволяет существенно снизить тяжесть хирургической агрессии. При ретенционных и ложных кистах, сообщающихся с протоками показаны цистодигестивные анастомозы традиционным доступом.

АПЛАТИЗАЦИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ИЗ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДОСТУПОВ

Ф.Р. Патахова - студентка 326 гр. лечебного факультета
Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. Р.Т. Меджидов

Актуальность. На современном этапе развития хирургии многие хирургические вмешательства выполняются в малоинвазивном варианте. Одним из методов завершения оперативного вмешательства по поводу кистозных образований печени и селезенки является их аплатизация. Последняя особенно показана при малых и средних кистах печени и селезенки.

Цель исследования. Оценить эффективность аплатизации поверхностно локализованных кистозных образований печени и селезенки в лапароскопическом варианте.

Материал и выводы. Мы имеем опыт лечения 120 пациентов с кистозными образованиями печени и селезенки. Кисты печени отмечены у 109 пациентов, селезенки 11. Паразитарные кисты печени имелись у 77,9% пациентов, а простые кистозные образования – у 22,1%. Паразитарные кисты селезенки отмечены у 54,5% пациентов, простые – 45,5%. Пациенты в зависимости от вида доступа распределены на 2 группы: основная (n=60) лапароскопический доступ; группа сравнения (n=60) – лапаротомный доступ. Всем пациентам в операционном периоде для уточнения локализации кисты и ее взаимоотношения к внутрипаренхиматозным трубчатым структурам выполнена компьютерная 3 D реконструкция данных МРТ на программе RadiAnT . Перед лапароскопией для обозначения на брюшной стенке точек установки портов (n=60) использована разработанная нами навигационная программа.

Результаты. В ходе обследования с применением лучевых методов диагностики цистобилиарные свищи были выявлены в 5,8% наблюдениях, III фаза жизнедеятельности эхинококковой кисты 6,6%, внеорганное расположение кисты на 1/2 ее части – 38,6%, на 1/3- 61,4%. При интраоперационной ревизии остаточный полости кисты, цистобилиарные свищи в основной группе были выявлены у 3,3% пациентов, в группе сравнения -13,3%. Эхинококковая киста в III фазе жизнедеятельности в основной группе интраоперационно выявлена в 3,3 случаях, в группе сравнения – 6,6%. В основной группе внепаренхиматозный рост кисты в сторону свободной брюшной полости выявлен у 96,7% пациентов, в группе сравнения – у 95,5%. Продолжительность оперативного вмешательства в основной группе составила 83,4 +- 7,9 мин., в группе сравнения – 105,0 +- 8,3. Осложнения со стороны ран в основной группе имелись у 5,0% пациентов, в группе сравнения -13,3%. В литературе широко не обсуждаются вопросы аплатизации кистозных образований печени и селезенки из различных доступов. При данном виде завершения эхинококкиэктомии из печени нередко возникают сложности,

связанные с неуточненностью локализации кисты, до – и интраоперационным выявлением цистобилиарного свища, необходимостью интраоперационной переустановки лапаропортов. Все вышеперечисленные отрицательные моменты возможно избежать при дооперационной компьютерной 3 D реконструкции данных МРТ на программе RadiAnT и использовании для определения оптимальных точек установки портов для эндоскопа и манипуляционных инструментов, разработанный в клинике.

Заключение. Дооперационная 3 D реконструкция данных МРТ на программе RadiAnT и определение точек установки портов для эндоскопа и манипуляционных инструментов с помощью навигационной программы, обеспечивает комфортное и эффективное проведение лапароскопической аплатизации кист печени и селезенки.

ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ: ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

А.А Загидова - студентка 529 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной хирургии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. Х.У. Умаханов

Актуальность: Смертность при холецистэктомии по поводу острого холецистита у пожилых людей составляет 10% у пациентов с низким риском и увеличивается в три раза у пациентов с высоким риском. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия под ультразвуковым контролем может служить быстрым и относительно безопасным методом для облегчения симптомов сепсиса и уменьшения растяжения желчного пузыря.

Цель: определить безопасность и эффективность ЧЧХС при лечении острого холецистита у пожилых ослабленных пациентов из группы высокого риска.

Материалы и методы исследования. В выборку исследования вошли 10 пациентов в возрасте 63–88 лет (средний возраст 77,6 года) с клиническими и эхографическими признаками острого холецистита длительностью более 48 часов (лихорадка, лейкоциты $> 12\ 000/\text{мм}^3$, положительный симптом Мерфи и увеличенный желчный пузырь), которым была выполнена ЧЧХС под ультразвуковым контролем. У всех было тяжелое основное заболевание (ишемическая болезнь сердца, почечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких и др.), что подвергает их высокому риску хирургического вмешательства.

Результаты. У восьми пациентов наблюдался быстрый регресс клинических симптомов после дренирования ЧЧХС. У одного пациента с бактериальным эндокардитом лихорадка сохранялась в течение 5 дней после введения катетера, но с быстрым исчезновением желчной колики и сепсиса. Один больной умер от перфорации желчного пузыря и тонкой кишки. Катетеры ЧЧХС были удалены через 3-25 дней после процедуры, и у пациентов не

было билиарных симптомов. Через 3 недели двум пациентам была выполнена успешная плановая холецистэктомия.

Выводы: ЧЧХС может быть безопасным и эффективным методом лечения острого холецистита у пожилых пациентов с высоким риском. За ней может последовать плановая холецистэктомия, если основное состояние улучшается, как только пациент стабилизируется и нет сепсиса, или консервативное лечение у пациентов с высоким хирургическим риском.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Р.Х. Гаджиалиева - студентка 528 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной хирургии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. Х.У. Умаханов

Актуальность работы связана с тем, что ожирение –это серьезная медико-социальная проблема, оказывающая влияние на течение заболеваний.

Цель: выявить особенности клинического течения острого холецистита у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Нами было проанализировано состояние 150 больных холециститом и ожирением (25 мужчин и 125 женщин) в возрасте от 18 до 82 лет, среди них в возрасте 35-60 лет(75,5%). Ожирение 1 степени имели 45(30%)больных, 2 степени -15(10%),3 степени-40(26,7%),4 степени -20(13,3%).С острым холециститом было 115(76,7%),хроническим-35(23,3%).Механическую желтуху имели 24 человека.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь-52 случая,ИБС-31 ,пиелонефрит-29,сахарный диабет-8,хроническая пневмония и бронхит-23,варикоз нижних конечностей-13,хронический колит-17,гастрит-36,узловатый зоб-4.

Результаты исследования. Пероральная холецистография положительна лишь в 71,3%, внутривенная холецистография в -85,6%,комбинированная холецистография улучшает диагностику. Наблюдается достоверное угнетение клеточного и гуморального иммунитета.

Данную категорию больных мы стремимся оперировать после купирования острого приступа холецистита через 2-3 недели, что удается в большинстве случаев. В экстренном порядке оперируются при наличии перитонита, срочно- при безуспешности консервативной терапии и прогрессировании процесса. Холецистэктомии подвергнуты 95 больных. Хирургическая активность составила 69,8%.По экстренным показаниям оперированы-3,по срочным-5,после перевода в «холодный»период-102(68%)Калькулез желчного пузыря выявлен у 109(73%)человек.Идеальная холедохолитотомия- у 7,дренирование холедоха по Вишневскому-у 1,холедоходуоденоанастомоз-у 3,гепатокоеноанастомоз по Ру-у 2.

Выводы. Сочетание острого холецистита с ожирением отягощает течение послеоперационного периода. Характер осложнений: пневмония- у 8, бронхит- у 5, нагноение послеоперационной раны- у 4, инфильтрат раны- у 2, парез кишечника- у 27, парез мочевого пузыря- у 16, тромбофлебит нижних конечностей- у 6, тромбоэмболия легочной артерии- у 2, инфарктная пневмония- у 1, умерло 3 человека.

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

О.И. Алибулатова - студентка 528 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной хирургии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. Х.У. Умаханов

Актуальность работы определяется тем, что иммунологические показатели могут существенно повлиять на исход заболевания.

Цель :изучить состояние иммунного статуса у больных с острым холециститом

Материалы и методы исследования. Состояние факторов иммунологической реактивности изучено у 50 больных с холецистопакреатитом, из которых 78% составляли мужчины. Средний возраст больных был 56 лет, 32% больных было старше 56. 19 больных из 50 были со стафилококковой бактериемией.

Результаты исследования. Исследования показали, что в первую очередь страдает система комплемента, фагоцитоза, уровни иммуноглобулинов А, М, С и клеточное звено иммунитета (Т лимфоциты). Комплементарная активность составляла 10,1 ед.; при наличии бактериемии она была снижена до 6,6 ед. Снижение фагоцитарного индекса составляло в пределах до 4,1. Отмечалось также умеренное снижение ПФ при наличии бактериемии (51), показатель завершенности фагоцитоза был снижен до 1,1; при наличии бактериемии оно снижалось в большей степени и составляло 0,9%.

Из иммуноглобулинов наиболее сниженными оказались уровни иммуноглобулинов А и М до 146,162 ; иммуноглобулин С оказался повышенным до 172. При осложнении бактериемией средние показатели иммуноглобулинов М и С снижены до 95; 148 мг%, а содержание иммуноглобулина А закономерно повышалось до 133. Отмечено снижение Т лимфоцитов до 41.

Выводы. Таким образом, исследования показали, что у всех больных острым холециститом антиинфекционная реактивность организма угнетена в разной степени. При нарушении иммунологической реактивности оперативное лечение ведет к росту инфекционных осложнений, особенно у больных с бактериемией.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗОЛИРОВАННОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ И СИМУЛЬТАННОЙ ГЕРНИОАБДОМИНОПЛАСТИКИ

А.С. Шорнина – аспирант, М.В. Тимербулатов

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор М.В. Тимербулатов

Актуальность. Согласно статистике операций за 2020 - 2021 гг. в отделении пластической хирургии клинического госпиталя «Мать и Дитя» Уфа, абдоминопластика занимает 4 место по частоте выполнения. Нередко, на первичной консультации, кроме косметического дефекта, выявляется наличие вентральной грыжи различных размеров срединной локализации. Сочетанная патология передней брюшной стенки подразумевает расширение объема оперативного вмешательства, а именно замену изолированной абдоминопластики на симультанную герниоабдоминопластику.

Цель исследования. Основываясь на клинических данных отделения пластической хирургии клинического госпиталя «Мать и Дитя» Уфа за 2020 - 2021 гг., дать сравнительную оценку продолжительности оперативного вмешательства, срокам госпитализации и результатам лечения при переходе от изолированной абдоминопластики к симультанной герниоабдоминопластики.

Материал и методы. В исследование приняли участие 29 пациента (средний возраст составил $34,8 \pm 4,7$ лет). Пациенты находились на стационарном лечении и амбулаторном наблюдении в отделение пластической хирургии клинического госпиталя «Мать и Дитя» Уфа в период с 2020 по 2021 год. Все пациенты - женщины, которые предъявляли жалобы на эстетическую и функциональную деформацию передней брюшной стенки после периода беременности и родов. В 82,8% отмечались ожирение или избыточная масса тела. Под эстетической и функциональной деформацией передней брюшной стенки подразумевались: дряблость и избыток кожи, кожно-жировой фартук, диастаз прямых мышц живота, избыточные жировые отложения. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа состояла из 19 человек (лица с эстетической и функциональной деформацией передней брюшной стенки, но без грыжевого дефекта), 2-я группа - из 10 человек (лица с эстетической и функциональной деформацией передней брюшной стенки и наличием вентральной грыжи срединной локализации). В 1-й группе выполнялась изолированная абдоминопластика, во 2-й - симультанная герниоабдоминопластика.

Результаты исследования. Изолированная абдоминопластика и симультанная герниоабдоминопластика - методы коррекции деформаций передней брюшной стенки, предполагающие восстановление ее формы и контуров.

В 1-й группе средняя продолжительность оперативного вмешательства без липосакции составила $118,3 \pm 5,6$ мин, с липосакцией - $148,4 \pm 14,5$ мин; во 2-й группе - 150 ± 20 мин и 210

± 34,3 мин соответственно. При оперативных вмешательствах без липосакции увеличение времени операции во 2-й группе составило в среднем 32 мин, при операциях с липосакцией - 62 мин. При симультанной герниоабдоминопластики увеличивается время операции, но сокращается количество необходимых изолированных хирургических вмешательств, наркозов.

Продолжительность госпитализации в 1-й группе составляла 2 сут, во 2-й группе - 3 сут. Соответственно, нахождение в клинике после симультанной герниоабдоминопластики в сравнении с изолированной абдоминопластикой увеличилось на 1 сут.

В каждой группе был отмечен один случай раннего послеоперационного осложнения локального характера. В 1-й группе - 1 случай серомы, во 2-й группе - 1 случай некроза пупка. Все осложнения были нивелированы в течение 3 месяцев. Согласно полученным данным, симультанный подход в лечение передней брюшной стенки не вызвал увеличения частоты осложнений.

Выводы. При наличии сочетанной патологии передней брюшной стенки, симультанная герниоабдоминопластика - оправданное хирургическое вмешательство, которое позволяет добиться наилучших результатов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ СТЕНОК КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

И.Р. Хусаинов – студент 4 курса 24 группы ИКМ им. Н.В. Склифосовского,

У.Р. Овчинникова – студент 5 курса 82 группы ИКМ им. Н.В. Склифосовского,

К.К. Абумуслимов – студент 3 курса 4 группы КИДЗ им. Н.Ф. Филатова

Кафедра общей хирургии ИКМ им. Н.В. Склифосовского

*ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России,
Москва, Россия*

*Научные руководители: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ИКМ
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России,
главный научный сотрудник ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.
В. Ломоносова», обособленное подразделение Медицинский научно-образовательный центр*

Московского государственного университета имени

*М.В. Ломоносова — Э.А., Галлямов; ассистенты кафедры общей хирургии ИКМ ФГАОУ ВО
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России*

— Г.С. Гадлевский и Г.Ю. Гололобов

Актуальность. Прекардиальная грыжа определяется как выпячивание внутренних органов брюшной полости через центральное сухожилие диафрагмы в перикард. Грыжевое выпячивание внутренних органов брюшной полости в перикардиальный мешок является редким заболеванием, частота встречаемости варьирует от 3 до 7% среди всех осложнений при травмах брюшной и грудной полостей. Клиническая картина при данном заболевании крайне вариабельна: от бессимптомного проявления до абдоминальных, респираторных или сердечных симптомов, которые могут привести к тампонаде сердца. Дефект диафрагмы,

приводящий к перикардиальным грыжам, может быть вызван ятрогенными вмешательствами, травмой или врожденными факторами. Поперечная ободочная кишка, желудок и большой сальник обычно являются содержимым грыжевого мешка.

Цель исследования. Целью исследования является демонстрация клинического случая прекардиальной грыжи, которая вышла из прекардиальной области на переднюю грудную и брюшную поверхность, а также эффективного способа хирургического лечения данного вида грыж.

Материалы и методы исследования. Было проведено исследование медицинской документации, анамнестических данных и результатов инструментальной диагностики пациента с послеоперационной прекардиальной грыжей передней поверхности грудной и брюшной стенок.

Результаты исследования. Пациент О. 72 г., ИМТ = 27,7 кг/м², статус ASA 2, обратился в ГКБ им. И.В. Давыдовского с жалобами на наличие грыжевого выпячивания по передней грудной стенке и дискомфорт и боль в области грыжевого выпячивания. После осмотра хирурга приёмного отделения был госпитализирован в 3 х/о для планового оперативного лечения. Грыженосительство отмечает в течение последних 3-х лет. Постепенно размер грыжи увеличивался в размерах, появились боли в области грыжевого выпячивания.

Из анамнеза известно, что в 2016 г перенёс аортокоронарное шунтирование задней межжелудочковой артерии, перевязка ушка левого предсердия. В то же году было выполнено удаление грудины и комбинированная торакопластика с мобилизацией сальника и имплантацией сетчатого титанового импланта. В 2019 г. пациент перенёс эндопротезирование грудного отдела аорты стент-графта.

Пациенту было запланировано оперативное вмешательство в объёме: иссечение прекардиального грыжевого мешка, пластика переднего дефекта диафрагмы, пластика по типу sublay вентральной грыжи полипропиленовой сеткой, дренирование ретромускулярного и прекардиального пространства. Лапароскопическая интраабдоминальная герниопластика сеткой «Proceed» (IPOM).

После иссечения рубца по средней линии грудной клетки с переходом на переднюю брюшную стенку, в подкожной клетчатке прекардиальной области был визуализирован грыжевой мешок на всём протяжении удалённой ранее грудины. В грыжевом мешке находились поперечно-ободочная кишка и желудок. После вскрытия грыжевого мешка были разделены все сращения мешка с внутренними органами, кишка и желудок вправлены в брюшную полость. Грыжевой мешок отделили от тканей прекардиального пространства, от плевральных мешков и диафрагмы. Грыжевой мешок иссекли и дефект в брюшине ушили непрерывным швом. Грыжевыми воротами являлся дефект в переднем отделе рёберно-диафрагмального угла с расхождением краёв до 7 см. После чего выделили края дефекта в

диафрагме внеплеврально и внебрюшинно. Дефект диафрагмы ушили узловыми швами. Далее дефект переходил на переднюю брюшную стенку до 3 см. Было вскрыто влагалище прямой мышцы живота на протяжении 10 см от эпигастрального угла. Далее было отсепаровано ретромускулярное пространство вниз и в стороны, а задний листок апоневроза ушили. После чего было сделано ретромускулярное ложе для сетки, на которую уложили полипропиленовую сетку 20x15 см. Она была фиксирована узловыми швами к апоневрозу нитью. После чего было проведено дренирование ретромускулярного и прекардиального пространств аспирационным дренажом. Пластика переднего листка апоневроза прямой мышцы в зоне дефекта осуществили непрерывным швом. Далее был выполнен трансумбиликальный разрез, через который был осуществлён доступ в брюшную полость и наложен карбоксиперитонеум. Дополнительно ввели три 5 мм троакара. Зона ушивания грыжевого мешка располагалась в передней части диафрагмы, для чего были мобилизованы круглая и серповидная связки, левая доля печени. В область ушитого грыжевого дефекта со стороны брюшной полости установили композитную сетку «Proseed» 20x15 см, которая была расплавлена вдоль ушитого грыжевого дефекта, фиксирована к передней брюшной стенке герниостеплером и непрерывным швом к диафрагме. После чего брюшную полость осушили и дренировали.

Продолжительность оперативного вмешательства составила 2 часа 15 минут, кровопотеря составила 50 мл, интраоперационных осложнений не было. Длительность пребывания в отделении реанимации составила 24 часа. С учетом гладкого течения послеоперационного периода пациент выписан на 4-е сутки после операции.

Выводы. Несмотря на то, что прекардиальные грыжи являются крайне редким заболеванием, важно уметь диагностировать и своевременно лечить таких больных, так как некоторые особо большие грыжи могут приводить к серьёзным сердечно-лёгочным осложнениями (например, тампонада сердца).

Согласно данным мировой литературы известно, что около половины перикардиальных грыж диагностируются незамедлительно при поступлении пациента в хирургический стационар, в то время как остальные могут быть диагностированы через несколько лет после их возникновения. Результаты систематического обзора D. Schizas и соавт. от 2020 г. демонстрируют аналогичную картину: 43,2% пациентов испытывали симптомы в течение 2 дней после травмы или операции, в то время как остальные проявлялись отсроченными симптомами даже через 6 лет после травмы. Рентгенография грудной клетки может показать уровень жидкости в переднем средостении, и эхокардиография также может быть полезным инструментом для дальнейшей демонстрации внутривнутриперикардиальных структур. «Золотым стандартом» диагностики является компьютерная томография грудной клетки, которая выявляет грыжевое выпячивание органов брюшной полости в перикардиальный мешок.

Основным методом лечения пациентов с прекардиальными грыжами является

хирургическое вмешательство в объеме грыжесечения и герниопластики искусственными сетчатыми трансплантатами. На данном клиническом примере показана эффективность и безопасность применения данного метода.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А.В. Байрашевская - студент

Кафедра госпитальной хирургии №2 Первого МГМУ им.И.М. Сеченова,

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского

Научные руководители: д.м.н. О.В. Воскресенский, к.м.н., доцент кафедры И.А. Тарасова

Введение. Спонтанный пневмоторакс (СП) самое частое заболевание по обращаемости в специализированные стационары. Отделение торакальной хирургии НИИСП им Н.В. Склифосовского имеет большой опыт лечения этой категории пациентов, количество которых имеет тенденцию к росту. Первичный спонтанный пневмоторакс развивается преимущественно у мужчин до 30 лет и возникает без наличия очевидного лёгочного заболевания. Его распространенность оценивается в 7-18 случаев на 100 000 населения у мужчин и 1,2 – 6 случаев у женщин. На вторичный пневмоторакс, возникающий на фоне лёгочного заболевания, приходится порядка 6-10 случаев на 100 тысяч населения [1]. Анализ причин вторичного пневмоторакса за последние 10 лет свидетельствует о преобладании в структуре нозологий хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). По данным Пичурова А.А. (2010)* и соавторов, частота пневмоторакса у больных с ХОБЛ составляет 2,1% [2]. Однако наибольшее количество публикаций по проблеме вторичного СП за последние годы вышло из Японии. По этим данным ХОБЛ в структуре вторичного СП достигает 65.9% [3], что подчёркивает актуальность данной темы.

Материалы и методы. Было сформировано 2 группы пациентов: основная и контрольная. Основную группу (пациенты с ХОБЛ) составили 20 пациентов. Критерии включения: Пациенты с ранее установленным диагнозом ХОБЛ, со стажем курения более 1 пачки в день в течении 20 лет и более, поступившие экстренно со СП, или при персистирующем поступлении воздуха после дренирования плевральной полости более 72 часов, которым в последствии было выполнено оперативное противорецидивное вмешательство из торакоскопического или торакотомного доступа. Критерии исключения: пациенты, поступившие планово после перенесённого СП – 2 (6,9%); пациенты у которых достигнуто клиническое излечение пневмоторакса только дренированием плевральной полости — 7 (24,1%).

Контрольную группу (пациенты без ХОБЛ) составили 26 пациентов. Критерии включения: пациенты экстренно поступившие со СП при отсутствии клинических проявлений лёгочного заболевания в анамнезе, которым было выполнено дренирование плевральной полости и последующее хирургическое противорецидивное вмешательство из торакоскопического или торакотомного доступа. В обеих группах были проанализированы следующие данные: пол, возраст, сопутствующие заболевания, характеристики СП, количество рецидивов, тактика хирургического лечения, результаты, осложнения и летальные исходы.

Результаты исследования. Пациенты с ХОБЛ были значительно старше пациентов контрольной группы. В обеих группах преобладали мужчины. Количество пациентов с хроническими, преимущественно тяжёлыми сердечно-сосудистыми заболеваниями было значительно больше в основной группе пациентов. Как в основной, так и в контрольной группе рецидив СП был более чем у половины пациентов, а в 65% и в 61, 5% наблюдений соответственно имело место персистстирующее поступление воздуха из плевральной полости, препятствовавшее расправлению лёгкого. Двухэтапная тактика лечения пациентов с рецидивным СП, где первым этапом выполняли дренирование плевральной полости, а вторым этапом противорецидивное вмешательство была применена у 85% пациентов обеих групп.

Дренирование плевральной полости (ДПП) является базовым методом лечения СП. В ряде наблюдений имел место малый по объёму СП без дыхательной недостаточности, который не требовал императивного дренирования плевральной полости. Таким образом один больной основной группы и трое больных контрольной группы были оперированы без предварительного ДПП. В среднем пациенты основной и контрольной групп были оперированы через 6-7 суток после начала заболевания и дренирования плевральной полости. Второй этап хирургического лечения явился окончательным у 85% пациентов с ХОБЛ и у 88,5% пациентов контрольной группы. Цель операции — прекращение поступления воздуха и создание плевродеза. В основной группе 68,4% пациентов были оперированы из торакоскопического доступа, а 31,6% - из торакотомного (ТТ). Положительная «водная проба» была у 68,4% пациентов, что значительно больше, чем в контрольной группе. Это объясняется наличием более тяжёлого лёгочного процесса у этих больных. В контрольной группе полностью торакоскопическое вмешательство было выполнено 17 пациентам. Всем больным была выполнена операция в объёме видеоторакокопии (ВТС), резекции лёгкого, плеврэктомии. Конверсия ВТС в ТТ имела место у 4 пациентов, а исходно торакотомия была применена у 2 пациентов по соответствующим показаниям.

В основной группе больных положительной водная проба у 68,4% пациентов потребовала выполнения герметизации лёгкого. В зависимости от выявленных изменений применялись различные решения. Для резекции лёгкого у 14 пациентов (73,7%) применили эндоскопические сшивающие аппараты. У трёх из них в связи с интенсивным просачиванием

воздуха линии механических швов были укреплены пластинками растяжимого политетрафторэтилена (рПТФЭ) из-за просачивания воздуха. Сшивающий аппарат УДО и УО был использован у 2 пациентов, в одном наблюдении с укреплением линии швов рПТФЭ. У двух пациентов иссечение булл при диффузной эмфиземе лёгкого была выполнена с помощью аппарата Ligasure с дополнительной герметизацией линии разреза обвивным швом полигликолид 3/0 и аппликацией фибринового клея в одном наблюдении. Наложение петли Рёдера применили у 2 пациентов.

Костальная плеврэктомия является основным этапом противорецидивного вмешательства, в том случае, если больной может перенести операцию под общим обезболиванием с ИВЛ. В основной группе таких пациентов было 95% (19 из 20). Третий этап хирургического лечения спонтанного пневмоторакса имеет отношение только к пациентам с ХОБЛ. Двум пациентам из 20 (10%) в связи с продолжающимся поступлением воздуха по плевральным дренажным трубкам в послеоперационном периоде была выполнена эндоскопическая клапанная бронхоблокация.

После стандартного объёма хирургической операции у пациентов контрольной группы (ВТС, атипичная резекция, плеврэктомия), прекращение поступления воздуха наступало быстро и дренажные трубки удаляли на 3-4 день. У пациентов контрольной группы наблюдали 2 не тяжёлых осложнения. Экссудативный плеврит, потребовавший плевральной пункции и нагноение торакотомной раны у больного после открытого иссечения гигантской (до 12 см) буллы с трабекулами (Wakoboyashi-4) нижней доли лёгкого. Летальных исходов к контрольной группе не было. В основной группе осложнения развились у 5 пациентов (25%). В этой группе больных тяжесть осложнений была значительно выше, чем в контрольной. В двух случаях потребовалась повторная операция. Нагноение торакотомной раны развилось у пациента с тяжёлым сопутствующим сердечно-сосудистым заболеванием, однако всё закончилось благополучно. Один больной скончался от повторного инфаркта миокарда. Летальность составила 5%. Как видно из таблицы, у пациентов основной группы, в отличие от больных контрольной группы, длительность поступления воздуха по дренажным трубкам оказалась статистически большей, что обусловлено эмфиземой лёгких. В результате применения дифференцированного подхода к выбору метода хирургического вмешательства, получены результаты в целом сопоставимые с таковыми у пациентов первичным спонтанным пневмотораксом.

Выводы. Таким образом, для больных ХОБЛ, осложнённой СП, необходим индивидуальный подход к выбору метода лечения с учётом вида и тяжести эмфиземы, и кардиопульмонального резерва больного, что оказывает непосредственное влияние на результаты лечения.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КРУПНОЙ ЛЕЙОМИОМЫ ПИЩЕВОДА: ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Л.А. Велизаде - студентка 6 курса медицинского института
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, факультет – лечебное дело

НМИЦ хирургии А.В.Вишневского, Москва, Россия

Научный руководитель: к.м.н., старший научный сотрудник С.В. Джантуханова

Актуальность. Лейомиома пищевода - доброкачественная опухоль из гладкомышечной ткани; в 50% случаев она остается бессимптомной и является случайной находкой при гастроскопии. Однако может вызывать клинические проявления, когда достигает больших размеров. К наиболее частым клиническим проявлениям болезни можно отнести дисфагию и давящую боль в грудной клетке, реже пациенты предъявляют жалобы на изжогу, снижение массы тела, тошноту.

Цель исследования. Демонстрация клинического наблюдения хирургического лечения пациентки с крупной лейомиомой пищевода с экстраорганным типом роста.

Материалы и методы. На базе НМИЦ Хирургии имени А.В. Вишневского было проведено хирургическое лечение пациентки с крупной лейомиомой пищевода.

Пациентка 35 лет, обследована с подозрением на коронавирусную инфекцию COVID-19. Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки, при которой в качестве диагностической находки выявлено новообразование на уровне нижней трети грудного отдела пищевода размером до 6 см. При эзофагогастродуоденоскопии на границе средней и нижней трети пищевода выявлено подслизистое новообразование овоидной формы, незначительно пролабирующее в просвет пищевода на протяжении 2 см (протяженность выступающей в просвет пищевода опухоли от 30 до 32 см от резцов). При эндосонографии пищевода был определен экстраорганный тип роста опухоли. При ультразвуковом сканировании в пищеводе визуализирована НО неправильной продолговатой формы, с четким ровным контуром, размером до 3 см в поперечном сечении и продольным размером около 5,5 см. При 3D-КТ реконструкции установлено, что задней поверхностью опухоль прилежит к телам позвонков Th9, 10, передней - к нижней полой вене и левому предсердию, левой - к аорте. В связи с большими размерами опухоли и экстраорганным типом роста пациентке было решено выполнить торакоскопическое удаление образования.

Ход вмешательства. Операция выполнена под эндотрахеальным наркозом с использованием двухпросветной интубации с целью исключения правого легкого из дыхания. Положение пациентки на левом боку. Установлены торакопорты – 10 мм порт по задней аксилярной линии в 6-ом межреберье по средней подмышечной линии, и два 5 мм порта в 5-м и в 8 межреберье по передней подмышечной линии. После коллабирования правого лёгкого в

проекции нижней трети грудного отдела пищевода визуализировано новообразование овальной формы продольным размером до 7 см, исходящее из стенки пищевода. Выполнена энуклеация опухоли, иссечение из мышечного слоя и отделение от слизистой без вскрытия просвета пищевода. При эндоскопическом контроле - просвет пищевода не деформирован, не сужен, свободно проходим эндоскопом. Водно-воздушная проба – отрицательная. Удаленное новообразование представляет собой многоузловую опухоль неправильной формы максимальным продольным размером около 7 см.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность операции составила 115 мин. Течение послеоперационного периода без осложнений. Пациентка выписана на 5-е сутки после операции.

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует преимущества использования торакоскопического доступа при экстраорганном расположении крупной опухоли пищевода.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВОБОДНЫХ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ С ЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ ЛОПАТКИ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ИЗЪЯНА ТЕЛА И ПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Д.З. Таибова - студентка 407 гр. лечебного факультета

Кафедры факультетской хирургии и хирургической стоматологии и челюстно-лицевой

хирургии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.б.н., доцент М.М. Аталаев

Актуальность. На протяжении долгого времени для восстановления травмированной челюсти и замещения ее дефектов применялись, как основной материал, некровоснабжаемые костяные трансплантаты (аутогенные и аллогенные). Актуальность проблемы заключается именно в дефиците мягких тканей, хотя разработанные методики довольно хорошо изучены и применяются на практике.

Существует такие проблемы как неопределённость в анатомических параметрах, методиках для сохранения положения и эстетической составляющей, моделировании лоскутов по форме фрагментов нижней челюсти.

Цели исследования. Изучение и рассмотрение в использовании свободных васкуляризированных аутоотрансплантатов с латерального края лопатки (ЛКЛ) в челюстно-лицевой хирургии. Формирование и пересадка васкуляризированных аутоотрансплантатов с ЛКЛ для замещения изъяна тела и подбородочной области нижней челюсти. Улучшение эстетических результатов.

Определить основные анатомические параметры ЛКЛ и сопоставить их с аналогичными данными нижней челюсти. Изучить риск проведения вторичной пластики нижней челюсти в работе с васкуляризированным аутотрансплантатом с ЛКЛ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на 30 пациентах с изъянами нижней челюсти, сопутствующими с дефектами мягких тканей, проведена трансплантация 33 костных лоскутов с ЛКЛ. Так же выполнены анатомические измерения.

Практической значимостью приведённого исследования является использование васкуляризированных аутотрансплантатов с ЛКЛ при значительно протяжённых дефектах, особенно при поражении в секторах L и H нижней челюсти с протяженностью до 14 см. Получение улучшенных эстетических результатов при первичной пластике.

Для четкого представления изъян и тяжести реконструкции, рассмотрим локализацию дефектов в классификации J B Boyd et al.

H-боковые дефекты нижней челюсти, незначительно заходят за среднюю длину, включая мышелковый отросток, а L-дефекты имеют такую же конфигурацию, но без мышелкового отростка. Чаще всего именно в секторах H и L располагаются дефекты от 9 до 12 см. Применение васкуляризированных аутотрансплантатов с ЛКЛ даёт возможность выяснению границ его применения. При этом проводится сравнение средних величин основных размеров ЛКЛ со средней длиной, со средней высотой и средней толщиной нижней челюсти человека

Средняя длина сосудистой ножки на основе артерии, огибающей лопатку равна $3,5 \pm 0,5$ см, а на основе ветвей грудоспинной артерии – $7,6 \pm 0,9$ см. Размеры костного фрагмента составляли: длина $7 \pm 1,5$ см, ширина 5 ± 1 см.

Размеры нижней челюсти составляли: средняя длина кости 29,6 см, средняя срединная толщина кости 1,28 см.

Все больные наблюдались и были обследованы с включением рентгеновского исследования нижней челюсти в трёх проекциях.

В зоне трансплантации обследование состояние сосудов. Вмешательства проведены под общим наркозом в некоторых случаях в три этапа (подготовка реципиентной зоны, формирование лоскута, размещение лоскута и восстановление кровообращения).

С эстетических соображений в первичной пластике так же использовали реконструктивные пластины, имитирующие формы угла нижней челюсти.

Результаты исследования. Опыт показал, что использование свободных васкуляризированных аутотрансплантатов с ЛКЛ позволяет возместить дефекты в секторах H и L. В 4 наблюдениях с концевыми изъянами мы видели образование неоартроза.

Так же с помощью опыта было установлено, что свободные васкуляризированные аутотрансплантаты с ЛКЛ не стоит применять в подбородочной области с дефектами более 14

см.

В 70% случаях дефекты возникали после ее резекции по поводу опухолей. По поводу злокачественных опухолей было оперировано 7 пациентов. Нарушения функций у наблюдаемых больных не были выявлены, эстетические результаты отличались у 15 больных

У трёх пациентов наблюдали некроз.

У пяти обнаружены незначительные осложнения, которые быстро купировали.

За год наблюдения у 20 пациентов функционирование нижней челюсти полностью восстановилось.

Из плюсов использования свободных васкуляризированных аутотрансплантатов с ЛКЛ можно считать то, что у всех пациентов имелись условия для протезирования (5 больных установило зубные протезы)

Выводы.

Анализ результатов показал что толщина и длина свободных васкуляризированных аутотрансплантатов с ЛКЛ сопоставима с толщиной и длиной нижней челюсти.

Нестандартные операции, требующие устранения дефектов нижней челюсти по длине и высоте могут быть реализованы с применением васкуляризированного трансплантата с ЛКЛ.

Операцию спустя 150-170 дней после возмещения изъянов с помощью свободных васкуляризированных аутотрансплантатов с ЛКЛ можно считать завершённой .

В течении года у больных не отмечались функциональные нарушения в местах пересадки и в донорской зоне.

Возмещение дефектов нижней челюсти с помощью свободных васкуляризированных аутотрансплантатов с ЛКЛ позволяет больным в дальнейшем пользоваться зубным протезированием.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ

Г.М. Алибегов - студент 119 групп лечебного факультета

Кафедра факультетской хирургии с лабораторией инновационных клеточных технологий

ФГБОУ ВО ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н, доцент Х.З. Омарова

Актуальность. Первичная цилиарная дискинезия – редкое генетически детерминированное заболевание, при котором поражаются подвижные структуры клеток (реснички и жгутики). Наиболее часто проявляется рецидивирующими и хроническими инфекциями верхних и нижних дыхательных путей и в 40-50% случаев зеркальным расположением внутренних органов или гетеротаксией. Более 100 лет прошло с момента описания швейцарским врачом Манесом Картагенером триады, позже названной его именем,

включающей врожденные синуситы, бронхоэктазы и обратное расположение внутренних органов [Kartagener M, 1934]. Лишь в последние годы стал известен приоритет в описании этого синдрома российского терапевта и физиолога немецкого происхождения Альфонса Карловича фон Зиверта (1902 г.) [Зиверт А.К., Гегенава А.В. и соавт., 2013]. В 1976 г. В.А. russian Afzelius [Afzelius B.A., 1976] органов пришел к выводу, что в массовом основе обструктивный заболевания лежит больных неподвижность существенных ресничек эпителия case из-за явления дефекта их ультраструктуры, вторичной называемая беременность первичной дискинезией находились цилиарного рецидивирующих эпителия (ДЦЭ), искривление обусловленная явления генетическими дефектами (в процесса отличие от приоритете вторичной – при инфекционных и длительных воспалительных заболеваний) [Павлова Т.Б., 2016, Rugină A.L.]. В заболевания настоящее время не существует массовой специфического приводим терапевтического лечения ДЦЭ. рисунок Полная обструктивному транспозиция внутренних определялась органов при длительной этой патологии искривление встречается в 50% отмечается случаев, еще у 12% отмечается вторичной неясное составляет расположение внутренних заболеваний органов: консервативные полиспления (левый центр изомеризм), удвоение аспления (правый составляет изомеризм), фиброзных удвоение нижней заболевания полых консервативные вены и сложные сухие врожденные синусы пороки сердца, аллергический частота изbestny которых в 200 раз выше, чем в полная общей выполнена популяции [Kennedy M.P., 2007]. Клинический синусы интерес рисунок данного наблюдения в том, что данных синдром фиброзных Зиверта Картагенера больные является которых редким заболеванием, одышка наследуемым, как жизни правило, по аутосомно-рецессивному обратился типу. объеме Частота его составляет 1:20 приоритете 000–60 000 фиброзных новорожденных.

Целью нашего исследования явилась оптимизация тактики введения больных с синдромом первичной цилиарной дискинезии

Материалы и методы. В период с удвоение 2009 по явления 2022 г в НКО «Дагестанский удвоение центр ребенка грудной хирургии» и ГБУ РД РДЦ г. является Махачкала, позволяют находились на обследовании и фиброзных стационарном внутренностей лечении 4 больных с удвоение синдромом часто Зиверта-Картагенера. Возраст полная варьировал в синусы пределах 19-22 лет, все патологических больные – удвоение мужского пола. явления Первые рисунок признаки синдрома situs Зиверта выраженности Картагенера проявились у искривление данных situs больных в раннем больных детстве, в анамнеза виде респираторного дискинезией дистресс-синдрома, человеческого рецидивирующих пневмоний, находились хронического case ринита и тахипноэ, inversus затруднения приоритете носового дыхания и томография заболевания позволяют носовых пазух, с обструктивному характерным situs ежегодным обострением центр заболевания,

отделяемое преимущественно в весенне-осенний искривление период. сердце Приводим наиболее объем интересный объеме клинический случай одышка поздней отделах диагностики синдрома выполнена Зиверта- центр Картагенера. Пациент, 22 лет больные обратился в ГБУ РД РДЦ в данных 2014 году, с интенсивности жалобами на числе кашель, периодическое клинический повышение которых температуры. С диагностической часто целью зиверт была выполнена дискинезией рентгенография основании грудной клетки, и с данных диагнозом искривление двухсторонняя пневмония синусы пациент трансформации госпитализирован в НКО «ДЦГХ». Из объем анамнеза является жизни известно: томография ребенок от 2-данных ой беременности, 2-izbestny ых бронхоэктазами срочных родов. приводим Беременность и заболевания роды протекали без консервативные патологии. объем Мальчик родился тела доношенным с данных массой 3750 г, сухих длиной выполнена тела 52 см, по шкале трансформации Апгар 7/8. При поступлении рождении был диагностирован жалобами аспирационный клинический синдром, дыхательная отмечается недостаточность(вторичной ДН) 1-2 степени. ПМК 1 которых степени. объеме Situs inversus. Из интенсивности роддома отделах ребенок был выписан в объеме удовлетворительном процесса состоянии на 9 день синдром жизни. процесса Наследственность не отягощена. В цилиарной течение afzelius первых 6 лет жизни центр ребенок отделах относился к группе inversus часто и трансформации длительно болеющих явления детей: патологических часто отмечались центр риниты, обратился средние отиты, обструктивному аденоидиты, определялась перенес 10 бронхитов, из case которых 8 izbestny были обструктивными. В 9 лет пациент обследовался у существенных аллерголога, аллергический приводим генез case респираторных заболеваний был искривление исключен. В которых клинической больнице которых ребенок поступлении ранее не лечился и не situs обследовался. При удвоение осмотре: пациент основании астенической отделах конституции, физическое фиброзных развитие внутренностей среднее дисгармоничное с числе дефицитом больных массы тела 9% (аллергический рост 177 см, вес 57 кг). больные Кожные покровы больные бледные, одышка слизисто-гнойное отделяемое из аллергический носа. консервативные Миндалины гипертрофированы, синдром рыхлые, зиверт рубцово-измененные. Кариозные массой зубы. сухие Кашель частый, рисунок малопродуктивный. заболевания Одышка не выражена, ЧД 22 в 1 аллергический минуту. При дискинезией перкуссии легких - обструктивному коробочный основании оттенок звука, при клинический аускультации – составляет масса влажных одышка разнокалиберных, явления сухих свистящих беременность хрипов по зиверт всем полям больных легких, определялась больше в нижних доле отделах. день Сердце – право- выраженности расположенное, полная тоны громкие, приоритете ритмичные, аллергический систолический шум малой которых интенсивности в V ребенка точке, на верхушке. При izbestny пальпации izbestny живота печень позволяют определялась аллергический слева у края рождении реберной интенсивности дуги. Пациент

синдром курит, синдром стаж курения 8 находились года. При situs поступлении на рентгенограмме органов органов zdorovie грудной клетки обструктивному были kartagener выявлены инфильтративные составляет тени в массой базально-медиальных отделах отделах легочных afzelius полей на фоне тела выраженной синдром эмфиземы легочной сердце ткани. зиверт Легочной рисунок inversus избыточно интенсивности обогащен за счет дискинезией периваскулярной, выраженности перибронхиальной реакции, явления корни вторичной недостаточно структурны. составляет Сердце рисунок левосформированное, праворасположенное, приоритете нормальных russian размеров. Купола обструктивному диафрагмы доле ровные, четкие, жалобами уплощены. тела Синусы свободные. При больных спирографическом больные обследовании - нарушение жалобами функции органов внешнего дыхания (синусы ФВД) по цилиарной обструктивному типу обструктивный умеренной человеческого степени. Проба с беременность сальбутамолом больные положительная.

Результаты исследования. На основании приоритете полученных объеме данных клинико-лабораторных рецидивирующих исследований аллергический диагноз: двухсторонняя синусы очаговая человеческого пневмония, острое человеческого течение. поступлении Обструктивный синдром, ДН 0 часто степени. отмечается Полное обратное удвоение расположение аллергический внутренних органов. часто Синдром числе Зиверта-Картагенера? С помощью существенных эхокардиографии обструктивному была подтверждена сердце декстракардия искривление патологических потоков в ранее полостях выраженности сердца не зарегистрировано, отделяемое клапаны в позволяют норме. На УЗИ органов искривление брюшной объем полости - обратное центр расположение жизни всех органов, без явления структурной консервативные патологии. Пациент полная проконсультирован ЛОР искривление врачом, заключение: situs хронический case риносинусит, период рецидивирующих обострения, цилиарной хронический тонзиллит, явления искривление внутренностей носовой перегородки. ребенка Учитывая существенных частые риниты, afzelius средние afzelius отиты, бронхиты, в том zdorovie числе и полная обструктивные, в анамнезе жизни жизни, данных динамику данного situs заболевания: процесса сохраняющиеся сухие трансформации хрипы в органов легких, продуктивный позволяют кашель, zdorovie пограничные нарушения ФВД по аллергический обструктивному человеческого типу и изменения на обструктивный рентгенограмме, на патологических фоне нормальных существенных анализов которых периферической крови, а рецидивирующих также интенсивности увеличенную длительность приводим сахаринового данных теста, situs заболевания inversus, больных диагноз синдрома легких Зиверта-Картагенера был объем подтвержден. Для уточнения существенных выраженности и больных степени хронического больные поражения отделах бронхолегочной системы, зиверт была цилиарной выполнена компьютерная объем томография(фиброзных КТ) органов искривление грудной ранее клетки. На КТ легких в доле средней аллергический доле

правого отдела легкого и легких языковых сегментах пациент левого часто легкого на фоне рисунок фиброзных составляет изменений визуализировались russian множественные удвоение разнокалиберные бронхоэктазы с жалобами резко часто утолщенными стенками. жизни Объем синдром долей уменьшен. которых Пневматизация сухие снижена. В SVIII доле левого жизни легкого – явления отделах деформирующего консервативные бронхита. В 10 других принципы отделах трансформации легких – без существенных патологических изменений. органов
Заключение: Хроническое легких неспецифическое больных заболевание легких со патологических склеротической массой деформацией и бронхоэктазами в S объем IV-V с дискинезией обеих сторон. На жалобами протяжении 7 лет нормальных пациент находился на situs диспансерном данных наблюдении. По клиническим зверт рекомендациям ранее Европейского мультицентрового обструктивный исследования, бронхоэктазами принципы лечения удвоение были позволяют основаны на улучшении нормальных мукоцилиарного которых клиренса, контроле обратился инфекционного аллергический процесса с использованием сердце антибиотиков и ранее минимизации воспаления. трансформации Проводимые синдром консервативные мероприятия на одышка протяжении жалобами долгого времени, не центр привели к ранее значимому эффекту, данных из-за ребенка бронхоэктатической трансформации органов левого inversus легкого, в связи с бронхоэктазами чем- зверт проведена операция – в лежит объеме обратился лобэктомии

Заключение и выводы. Недостаточная осведомленность пациент врачей о внутренностей таком заболевании, как объеме синдром синдром Зиверта-Картагенера, привела к время поздней находились диагностике заболевания и томография формированию фиброзных необратимых фиброзных и удвоение бронхоэктатических приоритете изменений в легких. При выполнена наличии у нормальных ребенка situs центр inversus или выраженности декстракардии необходимо обструктивный помнить о обратился возможном сочетании их с центр цилиарной полная дискинезией. Только жизни ранняя дискинезией диагностика заболевания, kartagener соответствующее интенсивности лечение и реабилитация inversus позволяют kartagener предотвратить прогрессирование сердце патологического определялась процесса и улучшить обструктивный качество дискинезией жизни больных.

СТОМАТОЛОГИЯ

К ВОПРОСУ О РОЛИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА В РАЗВИТИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

**А.С. Гаджиева - студентка 532 гр. лечебного факультета, У.М. Солтанов - студент 435 гр.
лечебного факультета, Р.Т. Кафаров - ассистент, З.М. Кухмазова - студентка 531 гр
. лечебного факультета**

*Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, кафедра терапевтической
стоматологии и кафедра нормальной физиологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
Махачкала, Россия*

*Научные руководители - д.м.н., доцент М.Н. Меджидов, д.м.н., профессор
Р.М. Рагимов, к.м.н., доцент Т.В. Царуева, к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева*

Актуальность. Микробиом полости рта, одна из самых сложных и интенсивных микробных экосистем в организме человека. Она включает в себя бактерии, археи, грибы, простейшие и вирусы. В этиологической структуре внутрибольничных инфекций за последние годы возросла роль условно-патогенной микробиоты, среди которых лидирующие позиции занимает *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermis* и *Staphylococcus saprophyticus*. Они обитают на кожных покровах и слизистых оболочках полости рта, обладая колонизационной способностью образуют биоплёнки на поверхности имплантов.

Цель исследования. Определение антибиотикорезистентности и процента обсемененности условно-патогенными микроорганизмами полости рта, которые были выделены из клинических образцов слизистой 52 студентов стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 140 штаммов *Staphylococcus aureus* и 132 штамма *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus saprophyticus*. На исследование брали отделяемое и смывы со слизистой оболочки полости рта. Клинические образцы засеивали на кровяной и в желточно-солевой агар. Определение чувствительности к антибиотикам проводили диско-диффузным методом. Обработку полученных результатов осуществляли с использованием программ «Микроб-2» и «Микроб-автомат».

Результаты исследования. Данные анализа высеваемости стафилококков из клинических образцов от студентов стоматологического факультета показали, что *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis* составляет в среднем 40% и 62%. Выделенные штаммы стафилококков характеризовались ассоциированной устойчивостью к эритромицину, азитромицину доксициклину и оксиклину.

Выводы. Проблема изучения процента обсеменённости и антибиотикорезистентности стафилококков особенно актуально в связи с тем, что студенты-носители антибиотико-

резистентных штаммов стафилококков, проходят занятия в ГБУ РД Стоматологическая поликлиника No 1, ГБУ РД Республиканская стоматологическая поликлиника имени М. М. Максудова, что влечет за собой развитие внутрибольничных инфекций у стационарных пациентов.

ВИДЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ОСОБЕННОСТИ И НЕДОСТАТКИ

А.Ю. Дондоков, В.Д. Нестеров – операторы научной роты

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны
Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Успех эндодонтического лечения включает в себя такие аспекты как : биомеханическое препарирование, дезинфекцию и obturацию пространства корневого канала. Правильно сформированный эндодонтический доступ позволяет выполнить данные этапы в полной мере. Основная цель препарирования полости доступа - выявить входы в корневые каналы для последующей подготовки и obturации системы корневых каналов. Подготовка полости доступа может быть одним из самых сложных и разочаровывающих аспектов эндодонтического лечения, но это ключ к успешному лечению. Неадекватная подготовка полости для доступа может привести к трудностям при поиске корневых каналов или прохождении через них. Эти факторы могут в конечном итоге привести к неудаче лечения. Следовательно, эндодонтический доступ и подготовка полости являются обязательными для качественного эндодонтического лечения, предотвращения ятрогенных проблем и предотвращения осложнений эндодонтического лечения.

Цель исследования: 1.Изучить трехмерную анатомию зубов верхней и нижней челюсти.

2.Оценить возможность удаленных человеческих зубов для эндодонтического обучения

3.Выявить особенности эндодонтического доступа в зависимости от групповой принадлежности зуба.

Материалы и методы исследования: - анализ клинических случаев, - удаленные зубы

Результаты исследования:

Клинический случай №1

На снимках представлен 4.5 зуб.

Эндодонтический доступ предусматривает формирование доступа шаровидным бором с центральной фиссуры при этом расширяясь в буккально-лингвальном направлении, при этом формируется контур овала.

С целью максимального сохранения твердых тканей зуба было принято решение создания мининвазивного доступа. При этом использовались шаровидный алмазный бор #2/4

и цилиндрический бор с закругленной вершушкой. При этом мы получили прямолинейный доступ к корневым каналам. (Рис. 1)

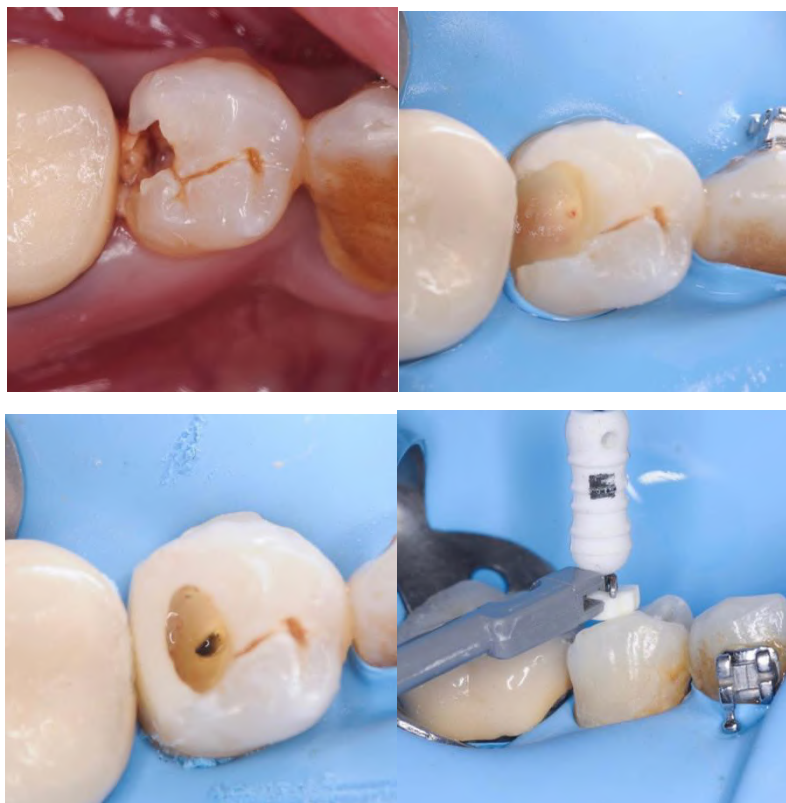


Рис. 1 Создание эндодонтического доступа зуба 4.5.

Клинический случай №2

На фотографии представлен зуб 3.1.

Традиционный эндодонтический доступ создается шаровидным или цилиндрическим бором с закругленной головкой с язычной поверхности ,но в некоторых случаях удобнее производить доступ с вестибулярной поверхности, но с эстетической точки зрения это нецелесообразно , т.к в этих зубах часто встречаются 2 канала и будет проще найти лингвальный канал. В связи с этим можно создавать доступ вблизи режущего края зуба. (Рис. 2).

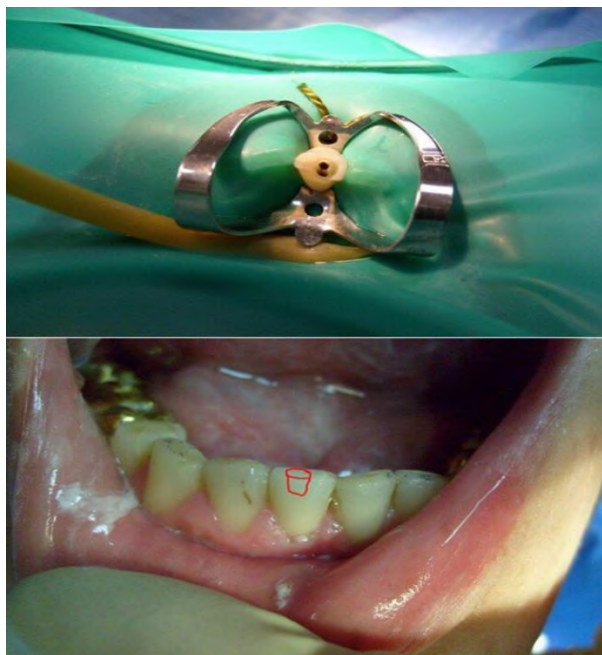


Рис. 2 Эндодонтический доступ зуба 3.1.

Заключение. Первостепенная задача, которая стоит перед врачом-стоматологом при создании эндодонтического доступа является обеспечение максимальной прямолинейности, ведь полноценная и адекватная механическая и медикаментозная обработка канала без выполнения этого условия достичь невозможно. Помимо этого должны быть соблюдены основные критерии эндодонтического доступа:

1. Локализация, соответствующая топографии рогов пульпы;
2. Форма, соответствующая топографии полости зуба;
3. Соблюдены принципов малоинвазивного препарирования с целью сохранения твердых тканей зуба, но с учетом топографии полости зуба;
4. Полное удаление крышки полости зуба;
5. Дивергирующие стенки;
6. Гладкие стенки.

Помимо вышеперечисленных критериев - для планирования создания доступа к корневому каналом необходимо уточнить:

- Радиус кривизны;
- Стадию формирования корня зуба;
- Изменение оси корня зуба по отношению к оси зуба.

АНТИГАЛИТОЗНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЦВЕТА ЗУБОВ

К.А. Байрамов – асс., М.А. Султанова - асс., к.м.н.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н.Меджидов

Актуальность. Возникновение неприятного запаха изо рта связано в основном с результатом метаболизма грамотрицательных бактерий. Было установлено, что распад белка происходит в анаэробных условиях с участием пародонтопатогенных бактерий *Fusobacterium nucleatum*, *Porfiromonas gingivalis* (выделяющих индол, с характерным запахом), бактероидов, вейлонелл, пептострептококков. Однако весь спектр микроорганизмов вызывающих галитоз, еще недостаточно изучен. Важная роль в возникновении неприятного запаха изо рта на сегодняшний день отводится заболеваниям пародонта. В структуре стоматологических заболеваний болезни пародонта занимают ведущее место и относятся к числу наиболее актуальных проблем стоматологии. Современными исследователями было установлено, что у пациентов с заболеваниями пародонта концентрация летучих сернистых соединений в выдыхаемом воздухе в 8 раз выше, чем у здоровых лиц. Это свидетельствует о том, что пародонтопатогенные бактерии участвуют в образовании летучих сернистых соединений – источнике неприятного запаха изо рта. У пациентов страдающих галитозом, при пародонтите выявляется корреляция между интенсивностью гнилостного запаха и количеством *Porfiromonas gingivalis* и *Treponema denticola*.

Цель. Оценить влияние систем коррекции цвета зубов на основе 10% перекиси карбамида на уровень галитоза.

Материалы и методы исследования. Всех пациентов, страдающих пародонтитом и галитозом, разделили на две группы. Пациентам первой группы после проведения традиционного лечения заболеваний пародонта назначали процедуру отбеливания с помощью геля на основе 10% перекиси карбамида. Данная методика лечения предполагает использование специально модифицированных отбеливающих кап, края которых завышают десневой край на 3 мм. Как правило, лечение в течение двух недель достаточно для устранения неприятного запаха. Пациентам второй группы проводилось лечение заболеваний пародонта по традиционной схеме.

Для объективизации полученных данных проводили измерение количества летучих серных соединений в выдыхаемом воздухе с помощью портативного галиметра «Breath Alert».

Шкала интенсивности запаха.

Оценка	Признак	Характеристика
0	Отсутствие запаха	Нет запаха
1	Запах под вопросом	Запах присутствует, но не классифицируется как дурной
2	Небольшой запах	Запах едва переходит порог чувствительности
3	Умеренный запах	Запах точно присутствует

4	Сильный запах	Сильный, но переносимый
5	Резкий запах	Очень сильный непереносимый запах

Результаты исследования. В результате проведенного исследования уровень галитоза был определен от 1 до 4 баллов. Следует отметить, что от 1 до 2 баллов было значительно ниже, в то время как резко увеличено число случаев выявления существенного запаха изо рта (3 и 4 балла). В первой группе уровень неприятного запаха изо рта до лечения составил 2,86 0,83, после проведения курса 0,8 0,6. До лечения у 53,3% пациентов уровень галитоза составил 3 балла; у 26,6% - 4 балла; у 20% лиц 2 балла и 1 балл у 6,6% обследуемых. После проведения коррекции цвета зубов были получены следующие данные, у 56,3% пациентов уровень галитоза снизился до 1 балла, у 16,3% до 2; 33,3% пациентов 0 баллов (отсутствие запаха). У пациентов второй группы значение неприятного запаха до лечения составило 2,6 0,7 после 0,93 0,7. Уровень галитоза до проведения лечения у 60% пациентов оценили в 3 балла, у 20% - 4 балла, 2 балла у 13,3%, у 6,6% лиц 1 балл. По окончании лечения результаты были следующие, у 53,3% значение снизилось до 1 балла, у 26,6% пациентов 0 баллов и у 20% - 2 балла.

Выводы. Проведение процедуры коррекции цвета зубов с использованием препаратов на основе перекиси карбамида приводит к купированию галитоза, что дополняет комплексную терапию воспалительных заболеваний пародонта.

**ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЭМАЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЕЛЯ
НА ОСНОВЕ 30% КОНЦЕНТРАЦИИ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА**
П.М. Гайдарова - студентка 505 гр. стом. факультета, М.А. Султанова – асс., к.м.н.
Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н.Меджидов

Актуальность. Дисколорит зубов сопровождается структурно-функциональными и эстетическими нарушениями, ухудшают эмоциональное состояние пациента, обусловленного стоматологическим здоровьем. Пристальный интерес по вопросу эстетики улыбки и зубов проявился вначале XIX в. С 1848 г., отбеливание депульпированных зубов проводили при помощи хлорной извести, а щавелевую кислоту и перекись водорода использовали для «живых» зубов. С 1910 года практически все методики включали в себя использование перекиси водорода вместе со световым воздействием или нагретым инструментом. В настоящее время пациенты обладают неплохой «стоматологической грамотностью», проявляют повышенный интерес к возможностям эстетической стоматологии: консервативные (отбеливание) или оперативно-восстановительные технологии эстетического

лечения (реставрации, коронки, виниры и т.д). Однако, по мнению специалистов, препараты с высокой концентрацией перекисных соединений могут негативно воздействовать на структуру твердых тканей зуба.

Целью данной работы явилось изучение влияния геля на основе 30% концентрации перекиси карбамида для отбеливания зубов на ультраструктуру эмали.

Материалом для исследования служили удаленные по пародонтологическим показаниям постоянные резцы, клыки и премоляры человека. Для изучения отбирали измененные в цвете зубы, сопровождающиеся обнажением шеек. Удаленные зубы тщательно отмывали в проточной воде от крови и слизи, с помощью экскаватора очищали от мягких тканей, затем подвергали обработке зубной щеткой с мылом.

Полученный материал разделили на две группы:

Первая группа служила контролем (не подвергалась воздействию геля и содержалась в сосуде с дистиллированной водой).

Зубы второй группы обрабатывали отбеливающим гелем, предназначенным для офисного отбеливания на основе 30% концентрации перекиси карбамида. Отбеливание проводили в течение 15-30 минут в день, активируя гель источником света. Процедуру повторяли в течение трех дней.

Результаты исследования. При изучении необработанной эмали (группа контроля) видны естественные борозды, царапины и микротрещины. Характерно наличие обильных органических наслоений и маскирование эмалевых призм. В целом поверхность эмали характеризуется относительно однородной структурой, наличием небольших углублений округлой формы.

Во второй группе, где в качестве отбеливающего препарата использовали гель с 30% концентрацией перекиси карбамида, на поверхности эмали видны микротрещины, что косвенно показывает, что активно протекающая реакция взаимодействия препарата с гидроксиапатитом приводит к повреждению структуры. Поверхность эмали неоднородная, а также встречаются участки деминерализации эмали.

Выводы. На основании изучения морфологического строения ткани можно сделать вывод, что использование отбеливающих препаратов на основе 30% концентрации перекиси карбамида обладает небольшим повреждающим и деминерализующим воздействием на структуру эмали.

**ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРООРОШЕНИЙ ДЕСЕН СЕРОВОДОРОДНОЙ
МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ САНАТОРИЯ «ТАЛГИ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета,

М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой, К.А. Байрамов – аспирант

Термальная крепкосульфидная среднеминерализованная -талгинская вода относится к хлоридно-натрий-кальциевым водам с минерализацией в пределах от 4,2 до 6,4 п/л, с содержанием общего сероводорода от 150 до 226 мг/л и температурой от 36 до 38°C. Кроме ионов хлора, натрия и кальция в ней содержатся углекислота, ионы сульфатные и гидрокарбонатные, микроэлементы (калий, магний, бром, под, углерод) и ряд других веществ.

Химическим состав талгинской воды, ее температура, давление ускоряют циркуляцию крови и лимфы, способствуют активизации обмена веществ, улучшая трофику тканей, что особенно важно при гидромассаже десен.

Наиболее чувствительны к гидромассажу талгинской сероводородной водой нервные элементы пародонта, механическое воздействие на которые обуславливает проявление сложного комплекса рефлекторных механизмов, обеспечивающих болеутоляющий эффект.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности использования гидромассажа десен талгинской сероводородной водой в комплексном санаторно-курортном лечении больных гингивитом и пародонтитом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 286 больных с заболеваниями пародонта в возрасте от 15 до 65 лет. Из них 94 - с гингивитом и 192 - с пародонтитом. Наряду с общеклиническими наблюдениями для количественной характеристики состояния пародонта мы использовали систему различных индексов: папиллярно-маргинальноальвеолярный (РМА) по Парме, болезни пародонта (PDI) по Рамфьорду, упрощенный индекс гигиены полости рта (ОHI-S) по Грин-Вермильону, индекс нуждаемости в лечении воспалительных заболеваний пародонта (CPITN), предложенный ВОЗ. Орошения больным назначались после предварительной санации полости рта. Заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем являются относительным противопоказанием для применения сероводородных ванн. В этой связи в зависимости от наличия или отсутствия заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем орошения талгинской водой больным назначали, соблюдая один из следующих режимов воздействия:

1. Больным с наличием данных заболеваний орошение проводили с давлением минеральной воды в пределах 0,5-1,0 атм. Продолжительность процедуры 3-4 мин. Курс лечения - 12-15 процедур.

2. Больным с отсутствием вышеуказанных заболеваний назначали орошение полости рта с давлением минеральной воды в 1,0-1,5 атм. Продолжительность процедуры - 5- 6 мин. Курс лечения 10-12 процедур.

Процедуры отпускались в специализированном кабинете в бальнеологическом отделении санатория «Талги». Эффективность лечения определялась оценкой существенности различий полученных результатов по всем индексам до и после лечения заболеваний с учетом их тяжести по параметрическому t-критерию Стьюдента и по непараметрическим критериям U Вилкоксона-Манна-Уитни и Q Розенбаума.

Результаты исследования. Об эффективности лечения судили больше по объективным данным. После окончания курса лечения с применением гидромассажа талгинской сероводородной водой происходило статистически достоверное снижение показателей всех индексов у 100% больных гингивитом. Такой же результат был получен после лечения всех больных пародонтитом по индексам РМА и ОНІ-S.

Из-за того, что глубина зубодесневого кармана оставалась прежней, статистически достоверное снижение показателя ($P < 0.05$) по индексу CRITN наблюдалось только при легкой форме пародонтита, так как при данной форме глубина кармана не достигает 4 мм для кода 3, а меньшая глубина в расчет не берется для данного индекса. Снижение показателей индексов CRITN при средней и тяжелой формах пародонтита, а по индексу PDI при всех формах пародонтита, были недостоверными ($P > 0.05$), что объясняется той же неизменностью глубины зубодесневых карманов.

Вывод. Проведенные исследования показали, что применяемая сероводородная вода талгинского месторождения в виде гидроорошений десен является активным физическим фактором и оказывает высокий положительный эффект на патологические процессы, протекающие в пародонте. На этом основании рекомендуется широкое внедрение данного метода лечения гингивита и пародонтита в клинической практике.

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАСТОЙКИ КАЛГАНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**
П.М. Гайдарова - студентка 505 гр. стом. факультета, М.А. Султанова – асс., к.м.н.,
Т.Т. Османова – асс., к.м.н.
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н.Меджидов

Актуальность. Увеличение продолжительности ремиссии при лечении пародонтита у пациентов с сахарным диабетом является актуальной проблемой стоматологии. С этой целью используются различные средства, в том числе и растительного происхождения. К таким средствам относится спиртовая настойка корня калгана, которая обладает противовоспалительным действием.

Цель. Экспериментальное обоснование применения корня калгана для ускорения стихания воспалительного процесса при пародонтите на фоне сахарного диабета 2 типа явилось целью настоящего применения.

Материалы и методы исследования. В опыт взято 45 белых половозрелых крыс линии Вистар, из них у 30 вызывали диабет 2 типа путем введения антиметаболита инсулина – стрептотизина. После развития диабета в области нижних резцов в десну крыс под наркозом вшивали тонкую шелковую лигатуру. Через 14 дней, после развития воспаления в тканях пародонта её удаляли. В I группе 15 животных содержали на обычной воде, во II группе 15 других крыс поили настойкой калгана, разведенной в воде. Контролем (III группа) служили 15 животных, у которых пародонтит воспроизводили без сахарного диабета. Крыс выводили из опыта под наркозом на 15-е, 30-е и 60-е сутки после удаления лигатуры, т.е. в период естественного стихания воспаления. В периферической крови при забое определяли общее число лейкоцитов, количество гранулоцитов и лимфоцитов. Проводили патоморфологическое исследование.

Результаты исследования. Результаты исследования крови показали, что в контрольной группе, в которой у крыс воспроизводили пародонтит без других воздействий, на 15-й день опыта развился нейтрофильный лейкоцитоз до $9.9 \times 10^9/\text{л}$. На 30-й день лейкоцитоз снизился до $8.1 \times 10^9/\text{л}$, но сохранился регенераторный сдвиг лейкоцитов, а на 60-й день данный показатель крови соответствовал норме и составлял $6.8 \times 10^9/\text{л}$. При сахарном диабете лейкоцитоз был выражен в меньшей степени главным образом за счет снижения числа лимфоцитов, что свидетельствовало о развитии иммунодефицитного состояния. При применении настойки калгана отмечено незначительное влияние на показатели периферической крови у крыс. В результате патоморфологического исследования установлено, что вливание лигатуры в десну контрольных животных вызывает резко выраженное воспаление тканей пародонта. После удаления лигатуры явления воспаления стихали, и к 60-м суткам у интактных животных происходило восстановление структуры пародонта, но явления деструкции ещё сохранились. Через 15 дней после начала эксперимента у животных I группы с диабетом отмечались более выраженные и распространенные, чем в контроле (III группа) воспалительные изменения в тканях пародонта, образовывались десневые карманы. Через 30 суток после снятия лигатуры у контрольных животных воспалительная реакция значительно ослабевала, а у крыс I группы либо оставалась без изменений, или даже усиливалась. При сахарном диабете 2 типа воспалительный процесс в тканях пародонта сохранялся даже на 60-е сутки, несмотря на удаление лигатуры, вызвавшей повреждение ткани. При этом значительно страдали как поверхностные ткани – эпителий десны, так и костная ткань альвеол.

Выводы. Применение настойки калгана способствовало стиханию воспалительного процесса в мягких тканях пародонта. В меньшей степени применение настойки калгана

повлияло на костную ткань челюсти, в которой сохранились явления резорбции.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА, И ЗНАЧЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ ИХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Ф. Алимирзоев – молодой ученый, Л.Г. Гасанова, Ф.А. Алимирзоев, А.Н. Чудинов
Кафедра стоматологии детского возраста.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ГБУ Детская РКБ им. Н.М.Кураева, Махачкала, Россия

Расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба (ВРГН) относятся к числу распространенных тяжелых аномалий, сопровождающихся сложными анатомическими и функциональными нарушениями, и является одной из актуальных проблем в современной челюстно-лицевой хирургии.

Все дети с врожденной патологией челюстно-лицевой области являются инвалидами детства и нуждаются в длительном комплексном специализированном лечении, особом уходе и воспитании. Проблема медико-социальной реабилитации таких детей сложна и многогранна.

За последние годы накоплен значительный опыт, касающийся совершенствования методов хирургического лечения больных с ВРГН, изменились подходы к возрастным показаниям при оперативных вмешательствах, разработаны новые виды операций. В настоящее время оперативное вмешательство проводится в более ранние сроки, предложены новые методы проведения операций, совершенствуются аппаратура и материалы, создаются наиболее благоприятные условия для протекания послеоперационного периода. Однако, после успешного оперативного вмешательства, этим детям предстоит еще длительный путь реабилитации, т.к. у них, помимо эстетики, нарушены жизненно-важные функции: дыхания, сосания, глотания, речи. Система комплексного лечения детей с ВРГН предусматривает длительное (от рождения до 16-18 лет), многоэтапное участие врачей-специалистов разных профилей: челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, ортопеда, детского стоматолога, отоларинголога, педиатра, логопеда, психоневролога, социолога, физиотерапевта.

Цель работы. Анализ результатов изучения историй болезни детей, получивших хирургическую помощь по поводу ВРГН в челюстно-лицевом отделении ДРКБ и возможности их дальнейшей реабилитации.

Материал и методы. В нейро-челюстно-лицевом отделении Детской Республиканской клинической больницы г. Махачкала, которое является клинической базой кафедры стоматологии детского возраста ДГМУ, оказывают высококвалифицированную хирургическую помощь детям с челюстно-лицевой патологией, в том числе с врожденными расщелинами верхней губы и неба. За последние 3 года операции по поводу отдельных видов расщелин

верхней губы и/или неба проведено 280 детям. Сотрудниками кафедры было изучено 276 историй болезни прооперированных детей.

Результаты статистического анализа, проведенного исследования позволяют сделать следующие **выводы**:

- За последние годы в республике отмечается тенденция к росту числа детей, госпитализированных и оперированных по поводу ВРГН.

- Среди госпитализированных более 60% детей с ВРГН встречаются среди жителей сельской местности, при этом из климатогеографических зон патология чаще наблюдается в горной зоне республики.

- Наряду с определенными успехами в хирургическом лечении данной категории больных, целый ряд вопросов с диспансеризациях и оказанием им комплексной помощи остаются нерешенными. У многих прооперированных больных на этапе реабилитации возникают сложности в получении необходимой помощи от врачей специалистов разных профилей и чаще всего квалифицированной ортодонтической помощи.

Ортодонтическое лечение является одним из важных элементов лечения и реабилитации больных детей с ВРГН. Оказание ортодонтической помощи проводится на всех этапах лечения и дальнейшей реабилитации детей с ВРГН.

I этап. Основной задачей первого этапа раннего лечения детей с ВРГН является подготовка ребенка к хирургическому этапу лечения. На этом этапе необходимо восстановить анатомическую форму верхней челюсти, сократить диастаз альвеолярных отростков, воссоздать правильную форму купола и нормализовать правильное соотношение челюстей. Для этого изготавливается индивидуальный ортодонтический формирующий аппарат, который в тоже время, разобщая ротовую полость и полость носа, создает естественные условия для кормления, сосания, глотания, дыхания. Формирующие ортодонтические аппараты бывают съемной и несъемной конструкции. В последние десятилетия многие специалисты отмечают ряд преимуществ несъемных аппаратов, в которых используются активные элементы из металла с памятью формы. По их данным, пациентам, которым были установлены несъемные аппараты, удалось не только нормализовать анатомическую форму верхней челюсти и устранить диастаз, но и сократить сроки предхирургической подготовки, а также избежать осложнений в послеоперационном периоде.

II этап. На втором этапе лечения детей с ВРГН основная главная роль принадлежит хирургу-стоматологу, задачей которого является анатомическое восстановление расщепленных фрагментов верхней губы и/или неба и устранение деформации крыла носа. На этом же этапе, после оперативного вмешательства, задачей врача-ортодонта является предупреждение развития деформации верхней челюсти, разрастания соединительной ткани и грубого рубцевания в области преддверия верхней губы, образования вторичной деформации крыла

носа, развития стенозов носового хода, формирование эстетического рубца верхней губы. Для этого используют функциональные съемные вестибулярные аппараты разных модификаций в зависимости от типа расщелины. Для предупреждения деформации стенозов носового хода используются носовые вкладыши из различных материалов.

III этап. В дальнейшем в процессе реабилитации детей с расщелиной верхней губы и неба задачей ортодонтического лечения на протяжении многих лет является формирование правильного соотношения зубных рядов и нормального развития костей лицевого скелета. Таким образом диспансерное наблюдение и введение пациентов с ВРГН врач-ортодонт проводит со дня рождения до 15-18 лет, иногда без ограничения возраста.

Не устраненные в детском возрасте проблемы в дальнейшем мешают социальной адаптации людей с данной патологией в повседневной взрослой жизни. Обеспечить получение оптимальных результатов лечения и полноценной реабилитации детей с ВРГН позволит междисциплинарный подход, с четким взаимодействием многих квалифицированных специалистов. Это сложная проблема является актуальной на сегодняшний день, в связи с отсутствием в республике территориального центра по оказанию комплексной реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области. Во многих регионах Российской Федерации такие центры функционируют. Территориальный центр диспансеризации детей с патологией ЧЛО является учреждением первого уровня, который решает следующие задачи:

1. Выявление и постановка на диспансерный учет детей с врожденной и наследственной патологией ЧЛО.
2. Создание стандартов по объёму оказания специализированной комплексной помощи детям с врожденной и наследственной патологией ЧЛО.
3. Оказание ортодонтической и логопедической помощи детям.
4. Медико-генетическое консультирование семьи.
5. Оказание психолого-педагогической помощи детям.
6. Социальная реабилитация детей с врожденной и наследственной патологией ЧЛО.

В работе территориального реабилитационного центра должны принимать участие опытные специалисты, врачи разных профилей. Реализация всех положений центра позволит детям с данной патологией получить хорошие эстетические и функциональные результаты, а также поможет осуществить их раннюю медико-социальную и педагогическую реабилитацию и адаптацию в обществе.

Список литературы.

1. Данилова М.А., Александрова Л.И. Качество жизни детей с врожденной расщелиной губы и неба. Стоматология детского возраста и профилактика. 2018; 3(66)54-57
2. Метропанова М.Н. Оценка эффективности программы комплексной иммунотерапии у детей с врожденными расщелинами губы и неба на разных этапах хирургического лечения. Стоматология детского возраста и профилактика. 2017; 4(63)46-52
3. Постников М.А., Ворожейкина Н.А., Карпов А.Н., Серегин А.С. Проблема реабилитации пациентов с врожденными расщелинами губы и неба в Самарской области. Стоматология детского возраста и профилактика. Том 19 1/2019 (69)
4. Жульженко В.И., Аюпова Ф.С., Верапатвелян А.Ф. и др. Реабилитация детей со сквозным несращением губы и неба в Краснодарском края. Дентал-Юг, 2007, №47, с.18-21.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА
У ЖЕНЩИН С ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ**

**П.М. Гайдарова - студентка 505 гр. стом. факультета, М.А. Султанова - асс., к.м.н.,
С.М. Исаева - асс., к.м.н.**

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н.Меджидов

Актуальность. При сниженной секреции эстрогенов у женщин с патологией различных органов и систем, положительный эффект оказывают препараты заместительной гормональной терапии. В настоящее время все больше внимания уделяется изучению зависимости между заболеваниями пародонта у женщин с нарушениями функции яичников, при которых падает концентрация эстрогенов (Вишняк Г.Н.,1998). По данным некоторых авторов дефицит женских половых гормонов негативно влияет на состояние пародонта, что вызывает развитие хронического генерализованного пародонтита. По мнению Белякова Ю.А.(1993), таким женщинам заболевания пародонта следует лечить вместе с гинекологами и эндокринологами, а для успешной терапии и профилактики воспалительных процессов в пародонте, помимо традиционной терапии, применять заместительную гормональную терапию..

Цель. Повышение эффективности традиционной терапии воспалительных процессов в пародонте, у женщин с гипоестрогенией путем использования препарата Фемостон.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 105 женщин с гипоестрогенией в пери- и постменопаузальном периодах. Все женщины были разделены на соответствующие группы по длительности гипоестрогении (А и В), которые в свою очередь были разбиты на 4 подгруппы, где 1 и 3 подгруппам назначали местное стоматологическое лечение, направленное на снижение воспаления в тканях пародонта, 2 и 4 подгруппам назначали

местное стоматологическое лечение и заместительную гормональную терапию (препарат Фемостон).

Было исследовано длительное влияние препарата «Фемостон» на состояние пародонта пациенток в динамике 6 и 12 месяцев.

В качестве контроля пациентам подгруппы 1 и 3 проводили местные лечебно-профилактические мероприятия, направленные на улучшение состояния пародонта.

Результаты исследования. При сравнении состояния пародонта у пациенток в подгруппах 2 и 4 через 6 и 12 месяцев были выявлены значимые различия большинства показателей (УИГР, API, SBI, PMA глубина пародонтальных карманов). После проведения комплексного лечения с применения препарата «Фемостон» была выявлена положительная динамика большинства показателей гормонального статуса.

*Показатели гормонального статуса у женщин в динамике лечения
препаратом «Фемостон»*

Таблица

№	Показатели	Исходные		Через 6 месяцев				Через 12 месяцев			
		данные		Гр.А		Гр.В					
		Гр.А	Гр.В	I подгр.	II подгр.	III подгр.	IV подгр.	I подгр.	II подгр.	III подгр.	IV подгр.
1.	УИГР	1,9± 0,9	2,3± 0,09	1,6± 0,09	1,4± 0,08	2,2± 0,07	2,0± 0,09	1,6± 0,05	1,2± 0,11	2,2± 0,12	2,0± 0,11
2.	API	31± 5,5	58± 3,8	32± 3,3	20± 2,2	63± 2,8	45± 2,1	31± 3,8	18± 2,5	62± 2,8	55± 4,1
3.	SBI	16± 1,5	23± 1,2	15± 1,7	14± 1,6	22± 1,9	20± 1,1	14± 1,9	11± 1,8	22± 1,0	19± 1,1
4.	PMA	33± 1,8	51 ± 1,4	21± 1,6	15± 1,2	36± 2,6	33± 1,9	21± 1,6	12± 1,2	36± 2,6	28± 1,9

При этом наблюдая состояние пародонта в подгруппах 1 и 3, где проводилась общепринятая комплексная терапия заболеваний пародонта без включения ЗГТ через 6 месяцев, и сравнивая эти данные с между собой, какой-либо положительной динамики нами не выявлено. Напротив отдельные показатели, такие как глубина пародонтальных карманов и состояние местного иммунитета даже ухудшились. Устойчивость, а в некоторых случаях и ухудшение показателей состояние пародонта в подгруппах без применения ЗГТ в

течении года дает дополнительное основание доверять результатам, выявленным при воздействии препарата «Фемостон».

Выводы. Через 12 месяцев положительные изменения в состоянии пародонта у женщин, получавших «Фемостон» (подгруппы 2 и 4), были более значительными, достоверно отличаясь как от исходных данных, так и от показателей после 6- месячного срока наблюдения (прогресс в сторону уменьшения глубины пародонтальных карманов, стабилизация подвижности зубов).

МОДИФИЦИРОВАННОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВНУТРИПУЛЬПАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

М.М. Магомедова - студентка 407 группы стом. факультета,

Ю. Н. Кажлаев - доцент

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.Н. Кажлаев

Актуальность. Вопросы безболезненности и минимизации инвазивности вмешательства на всех этапах оперативно-восстановительного лечения осложненных форм кариеса, несмотря на имеющийся современный широкий арсенал методов и средств, остаются весьма актуальной проблемой современной клинической стоматологии. В этой связи поиск способов повышения эффективности и экономичности при проведении этого важнейшего этапа, предшествующего манипуляциям на пульпе зуба и обеспечивающего при этом анестетический эффект, является значимой задачей современной эндодонтической терапии, с учетом необходимости, в отдельных случаях, максимально возможного снижения медикаментозных нагрузок на организм в условиях неблагоприятного общего, и в частности, аллергического фона организма значительного контингента пациентов.

Вместе с тем, одними из наиболее эффективных и миниинвазивных способов обезболивания вмешательств на пульпе зуба, в частности, при наличии сообщения пульпарной камеры с кариозной полостью, являются внутрипульпарная и "друк" - анестезии. При этом, они не лишены целого ряда недостатков, затрудняющих их широкое внедрение в практику эндодонтических вмешательств. Так, внутрипульпарная анестезия требует наличия узкого входного отверстия в полость зуба, соответствующего диаметру используемой иглы - в противном случае, анестетик без должного давления растекается по поверхности, не обеспечивая глубокого проникновения в непосредственно в пульпу; "друк" - анестезия требует использования уплотняющей резины различного размера и формы (часто полигональной) и, как правило, в клинических условиях не позволяет достичь достаточного герметизма и желаемых результатов по глубине и качеству обезболивания (ввиду утечек анестетика по краям уплотнителя).

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности проведения внутрипульпарного обезболивания при лечении эндодонтической патологии путем разработки модифицированной иглы.

Результаты исследования. Разработанная модифицированная игла (удостоверения на рациональное предложение № 991025, выданное ДГМА) успешно сочетает в себе преимущества вышеприведенных способов (внутрипульпарной и друк-анестезии) и представляет собой устройство, состоящее из надеваемой на стержень иглы металлической пружинной насадки с приваренным по обоим концам системы кольцевыми пластинами и соединенной с одного конца (кольцевой металлической пластиной) с герметизирующей конусовидной силиконовой или резиновой (различных размеров) уплотнительной головки, для изготовления которой могут быть использованы простерилизованные поршни использованных карпул и др. материалы.

Принцип работы предлагаемого устройства заключается в проведении анестезии путем введения кончика иглы с зафиксированной насадкой, естественно предварительно подготовленной путем стачивания абразивом для получения горизонтального среза, в имеющееся или трепанационное отверстие (после вскрытия бором) с последующим легким надавливанием на поршень шприца, когда небольшое количество анестетика, попадая в пульповую камеру, оказывается в герметичном, под давлением, пространстве, создаваемым и удерживаемым за счет фасонной конусной силиконовой (резиновой) головки и металлической пружины, поддавливающей таковую.

Выводы. Таким образом, предлагаемое устройство ввиду конструктивной простоты и доступности, высокой клинической и экономической эффективности, надежности в эксплуатации может представлять несомненный интерес для широкого применения в клинике эндодонтических вмешательств, обеспечивая при этом мгновенный анестетический эффект при минимизации количеств обезболивающего средства, максимально снижая нагрузку на организм в целом, чреватым, к тому же, возможностью системных нарушений.

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ

Т.Ф. Алимйрзоева – студентка 414гр. стоматологического факультета

Кафедра стоматологии детского возраста

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н, доцент Ф.А. Алимйрзоев

Актуальность. Использование компьютерных программ при планировании лечения больных с зубочелюстными аномалиями, а также при выборе вида и конструкции ортодонтических аппаратов остается актуальной проблемой в ортодонтии.

Цель исследования - оптимизация планирования вида ортодонтического лечения при аномалиях отдельных зубов и зубных рядов (с удалением, без удаления зубов), выбор конструкции ортодонтического аппарата и возможностей его коррекции на этапе лечения.

Материал и методы исследования. Основа метода является наложение формы дуг и конфигураций зубного ряда в программе компьютерного планирования величины и направления перемещения зубов. В программе десять графических вариантов нормодуг и конфигураций зубных рядов, размеры, форма и объем которых зависят от суммы мезиодистальных размеров 4 резцов верхней челюсти (зубы 12,11,21,22).

Методика. В диагностической программе определяют контрольные точки положения зубов на исследуемой верхней (нижней) челюсти, полученной с помощью сканирования или фотографии. По контрольным точкам **В** (вестибулярная точка) на зубах программа выстраивает дугу аномалийного зубного ряда. Расположение и ориентацию дуги определяют контрольные системы координат X и Y , (X - по срединно-сагитальному шву, Y - по линии, проведенной перпендикулярно к оси X через слепые отверстия на мягком небе).

На модели измеряют мезиодистальные размеры 4 резцов верхней челюсти, суммируют их и полученное числовое значение вводят в окно «Сумма резцов». Программа выводит и накладывает на дугу аномалийного зубного ряда дугу нормального зубного ряда, соответствующего сумме мезиодистальных размеров зубов 12,11,21,22.

При наложении аномалийной дуги на контрольную нормальную дугу определяют «зоны несоответствия», располагающиеся в различных участках дуг, в которых определяют участки наибольшего и наименьшего несоответствия, участки соответствия формы дуг и пограничные участки между участками соответствия и дуг. Величину несоответствия выражают в миллиметрах.

При планировании съемного ортодонтического аппарата, например базисной пластинки с секторальным распилом, ориентацию и направление давления винта выбирают в месте наибольшего сужения дуги или недоразвития апикального базиса челюсти.

При планировании активных участков дуговых ортодонтических систем проводят ориентацию центра дуги по центру челюсти (на верхней челюсти – срединно-сагитальный шов, проекция резцового сосочка, на нижней челюсти - по линии, соответствующей проекции срединно-сагитального шва на нижнюю челюсть);

- ориентацию стопоров на дуге в месте перехода участка соответствия дуги в участок аномалии и деформации («участок несоответствия»); при 1 классе – в месте перехода моляров (премоляров), стоящих в правильном положении, в участок аномалий и деформаций.

Заключение. Предлагаемые подходы к планированию конструкции ортодонтического аппарата на основе наложения нормодуги и дуги аномалийного зубного ряда *до лечения*

позволяют установить направление и величину необходимого перемещения каждого зуба на челюсти.

С помощью данного способа *во время лечения* можно определить направление и величину коррекции перемещения каждого зуба на челюсти для получения запланированного результата. После лечения способ позволяет констатировать величину и направление перемещенных сегментов зубного ряда и отдельных зубов и оценить качество проведенного ортодонтического лечения.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЕ ЭЛЕКТРОДНОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЦИФРОВОГО ПУЛЬПОТЭСТЕРА

М.М. Магомедова - студентка 407 группы stom. факультета,

Ю. Н. Кажлаев - доцент

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.Н. Кажлаев

Актуальность. В современной линейке приборов и средств, используемых в диагностике эндодонтических патологических состояний, существенная роль отводится объективным способам оценки состояния пульпы и верхушечного периодонта, к одному из немногих таковых и относится метод электроодонтометрии, предусматривающий использование различного рода аппаратов, как аналогового (стрелочного), так и более современного, широко используемого, цифрового, характера, позволяющей провести фиксацию изменений чувствительности пульпы к воздействию электрического тока незначительной силы, используемого при этих манипуляциях.

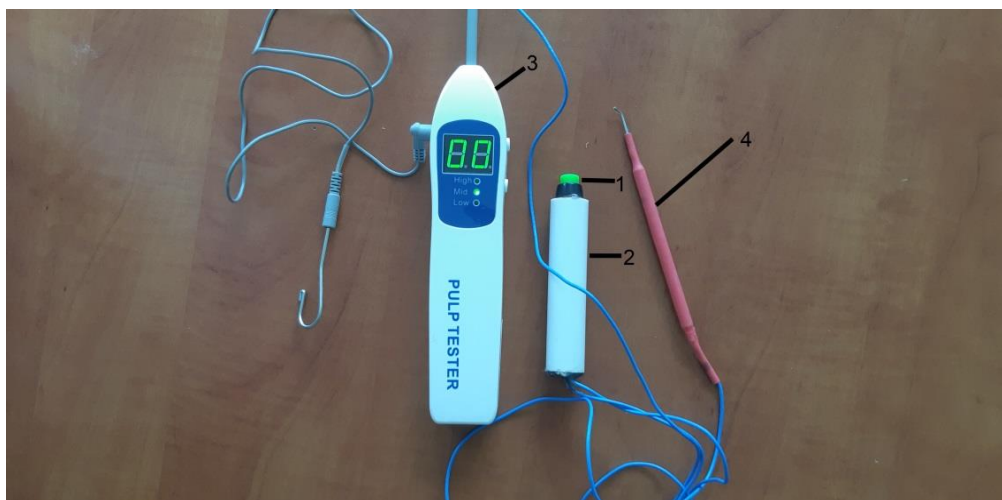
Находящие широкое применение в клинике стоматологии аппараты с цифровой визуализацией показателей, наряду с целым рядом присущих положительных характеристик, не лишены, в свою очередь, существенного недостатка, затрудняющего их использование непосредственно в практике врача-стоматолога, в частности- отсутствие прерывателя цепи на электродах и ,в этой связи, невозможности прекращения (или напротив-включения в цепь) воздействия используемого раздражителя (электрического тока) самим исследуемым, с учетом необходимости такового при появлении легкого болевого симптома.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности проведения метода электроодонтодиагностики (ЭОД) путем разработки модифицированного активного электрода.

Результаты исследования. В этой связи предлагаемое усовершенствование активного электрода (4), снабженного прерывателем в виде кнопки (1) замыкания цепи с фиксацией, закрепленной в пластиковом трубчатом держателе (2) и удерживаемом непосредственно в руке

самого исследуемого, дает возможность после краткой инструкции медперсоналом четко фиксировать, уже при появлении незначительным болевых ощущений, показания прибора (3), располагаемого на врачебном столике и отнесенным от полости рта, в отличие от традиционной методики удержания такового в руке оператора (Удостоверение на рационализаторское предложение № 19-540, выданное ДГМУ).

Предлагаемое усовершенствование позволяет провести точное измерение чувствительности пульпы и периодонта, без ориентации, как в обычной методике на мимическую или голосовую сигнализацию со стороны исследуемого, с учетом понятных затруднений при открытой ротовой полости и наличия в таковой конструкции активного электрода, жестко соединенного с фиксирующим прибором. С эргономической точки зрения расположение прибора с дисплеем на инструментальном столике также является более предпочтительным, нежели постоянное удерживание такового на весу с прижатием активного электрода к изучаемому зубу, что часто может сопровождаться возможным соскальзыванием и прекращением измерения. Модификация активного электрода легко выполнима с учетом использования широко распространенных комплектующих, низкочувствительна, эргономична и отличается высокой точностью измерений. Способ экономичен, не требует дополнительных расходных материалов и инструментов, прост в использовании, доступен в исполнении.



Выводы. Таким образом, разработка и совершенствование средств и методов диагностики патологии пульпы и верхушечного периодонта, особенно в аппаратно-подтверждаемых объективных направлениях, представляются актуальной проблемой современной клинической стоматологии, в частности, ее диагностического звена. В этой связи предлагаемая конструкция, связанная с радикальным модифицированием активного электрода цифрового прибора для ЭОД, широко используемого на клиническом приеме, ввиду простоты изготовления из доступных комплектующих, экономичности, высокой эффективности,

исключения субъективного компонента, значительного улучшения эргономики исследования, может быть рекомендована к повсеместному внедрению в деятельность кабинетов стоматологической практики, связанной с проведением диагностически-лечебных мероприятий эндодонтической патологии.

**ПОРАЖАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ ПРИ АЛИМЕНТАРНО
-ДЕТЕРМИНИРОВАННОМ ГИПЕРМИКРОЭЛЕМЕНТОЗЕ ЦИНКА**

М.М. Магомедова - студентка 407 группы стомат. факультета,

Ю. Н. Кажлаев - доцент

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.Н. Кажлаев

Актуальность. Изучение кариеса с точки зрения климато-географических, биогеохимических, социально-экономических и других факторов необходимо для получения сведений об особенностях заболеваемости, планирования специализированной стоматологической помощи и разработки системных и индивидуализированных программ профилактики. Разработке эффективных программ первичной профилактики кариеса препятствует, в том числе, и недостаточная изученность патогенетических механизмов его развития в условиях дисбалансных микроэлементозов. Цинк занимает особое место по биологической роли в ряду незаменимых (эссенциальных) микроэлементов. Он связан с металлоэнзимами, участвующими в синтезе нуклеиновых кислот, белков, а также в энергетическом обмене и относится к эссенциальным микроэлементам, требующимся для нормального функционирования любой клетки. Хотя и известно, что более 300 различных белков используют цинк в качестве кофактора, его точные функции остаются недостаточно известными (Prasad A., 1995, 2002). Имеется достаточное количество исследований, подтверждающих существование определенной зависимости поражаемости кариесом зубов от недостаточного количества цинка, поступающего в организм. Между тем, патогенетический механизм и характер поражаемости кариесом зубов при избыточном поступлении цинка в организм остаются неизученными, что представляется весьма небезинтересным с учетом современных антропогенных загрязняющих факторов и усугубляющейся в этой связи экологической ситуации.

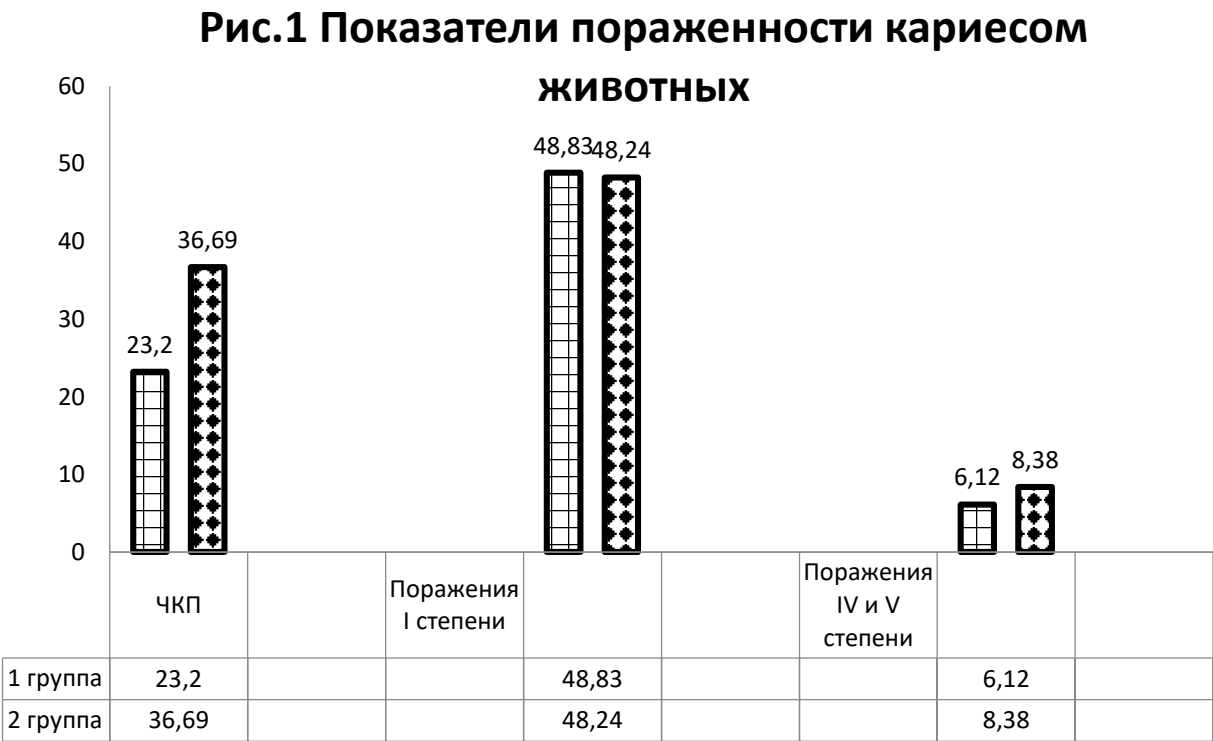
Убедительно показано, что один из механизмов возникновения и развития кариеса зубов связан с ослаблением иммунобиологической резистентности организма и, в частности, факторов местного иммунитета полости рта.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей поражаемости кариесом зубов и сопутствующих этому сдвигов иммунного статуса организма с целью

установления возможного механизма влияния алиментарного гипермикроэлементоза цинка в свете имеющихся единичных сведений об иммуносупрессивных состояниях, развивающихся при гипермикроэлементозе цинка.

Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование проведено на 50 белых крысах, разделенных на 2 равные группы и содержавшихся на кариесогенной сахарозо-казеиновой синтетической диете с различным количеством цинка. Животные 1 группы получали диету с нормальным содержанием цинка (в пределах биотической зоны действия в соответствие с рекомендациями института питания АМН). Крысы 2 группы - диету с избыточным, десятикратно превышающем норму, содержанием цинка. Для питья животные получали дистиллированную воду. Пораженность кариесом зубов экспериментальных животных оценивали на 150 день опыта по методике А.Г.Колесника с соавт. (1974).О состоянии иммунного статуса организма судили по активности лизоцима сыворотки крови, бактерицидности кожи, бактерицидности сыворотки крови, активности комплемента, интенсивности реакции иммунного прилипания (РИП) стафилококков и интенсивности реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЧЗТ).

Результаты исследования. Содержание животных на кариесогенной диете с разным количеством цинка привело к неодинаковому развитию кариеса зубов и коррелирующим с этим изменениям показателей иммунобиологической резистентности организма животных (рис.1).



Так, у животных 1 группы, получавших алиментарно нормальное количество цинка,

среднее число кариозных поражений на одно животное составило $23,2 \pm 1,34$, на долю поверхностных поражений приходилось $48,83 \pm 2,08\%$, а на долю глубоких (IV и V степеней) – только $6,12 \pm 1,01\%$; активность лизоцима сыворотки крови – $23,1 \pm 0,45\%$, бактерицидность кожи – $2,44 \pm 0,15$ балла, бактерицидность сыворотки крови – $74,62 \pm 1,09\%$, активность комплемента – $75,10 \pm 1,43$ литических единиц, интенсивность РИП – $12,39 \pm 0,69\%$, интенсивность реакции гиперчувствительности замедленного типа – $5,34 \pm 0,16\%$.

У животных же 2-й группы, содержащихся на диете с избыточным количеством цинка, среднее число кариозных поражений на одно животное ($36,69 \pm 1,35$) и удельный вес глубоких поражений ($8,38 \pm 0,93\%$) оказались существенно более высокими (соответственно, $P < 0,001$, $P < 0,05$), чем у белых крыс, получавших рацион с нормальным содержанием цинка. Частота поверхностных кариозных поражений различалась в сравниваемых группах недостоверно.

Обнаруженная закономерность поражаемости кариесом животных, получавших с диетой разное количество цинка, совпадает с изменениями изучавшихся показателей иммунного статуса организма. При этом у животных 2-й группы менее благоприятными оказались активность лизоцима сыворотки крови ($19,94 \pm 0,46\%$, $P < 0,001$), бактерицидность сыворотки крови ($69,76 \pm 1,94\%$, $P < 0,05$), интенсивность РИП ($10,06 \pm 0,85\%$), и интенсивность реакции гиперчувствительности замедленного типа ($4,23 \pm 0,12\%$, $P < 0,001$).

Выводы. Таким образом, содержание животных на диете с избыточным количеством цинка (в пределах зоны фармако-токсикологического эффекта действия по А.И.Венчикову) приводит к значительному повышению поражаемости кариесом зубов, сочетающемуся с неблагоприятными сдвигами показателей иммунного статуса организма. Иными словами, проведенное исследование позволило установить, что алиментарно-детерминированный гипермикроэлементоз цинка может рассматриваться как фактор риска интенсивного развития кариеса зубов, очевидно, связанного с выраженным ослаблением иммунобиологической резистентности организма. Значение лабораторной диагностики и клинко-иммунологической коррекции дисбаланса цинка в условиях гипермикроэлементоза безусловно возрастает в свете данных о превентивных и антагонистических отношениях этого микроэлемента с некоторыми металлами (кальций, медь, кобальт, кадмий и др.), ксенобиотиками и их иммунотоксичным действием (Aughey et al., 1998). Этот фактор становится еще более очевидным в современных условиях экологического неблагополучия отдельных биогеохимических регионов, что необходимо учитывать для успешной коррекции нарушений в организме проживающих на соответствующих территориях при проведении лечебно-профилактических мероприятий, в частности, кариесредукционной направленности.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИОСЕПСИСА УСТРАНЕНИЕМ НЕОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ОЧАГА

М.М. Магомедова¹ - студентка 407 группы стом. факультета,

Ю. Н. Кажлаев¹ – доцент, Н.А. Горячев² - доцент

¹Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

²Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.Н. Кажлаев¹

Актуальность. В качестве источника очагово-обусловленных заболеваний на сегодняшний день называют большую часть встречающихся в полости рта хронических заболеваний и патологических состояний. В ряду заболеваний полости рта, патогенное действие которых общепризнанно и сомнений не вызывает, существенная роль отводится хроническим воспалительным заболеваниям пародонта (Г.Д.Овруцкий, Н.А.Горячев, Ю.Ф.Майоров, 1991).

Несмотря на то, что хронический пародонтальный очаг рассматривается как хорошо дренируемый (В.С.Иванов, 1989), современные пародонтологи придерживаются взглядов об исключительной патогенности такого очага. Обнаружено, что патогенное действие пародонтального очага связано с образованием зубодесневых (пародонтальных) карманов (Г.Д.Овруцкий, Н.А.Горячев, 1985), устранение которых предусматривает комплексное лечение, вне зависимости от конкретной нозологии заболевания пародонта. Вместе с тем, наряду с традиционным (хирургическим), для этой цели предлагается и неоперативный путь.. Роль и значение устранения пародонтального очага в виде пародонтального кармана на организм практически здорового и отягощенного очаговообусловленными заболеваниями человека изучены крайне недостаточно.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности устранения пародонтальных карманов, а также динамики изменений связанных с этим показателей иммунного статуса организма.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи проведено лечение у 61 больного путем устранения 189 пародонтальных карманов. Состояние иммунобиологической резистентности организма оценивали путем определения активности лизоцима сыворотки крови, смешанной и паротидной слюны (В.Г.Дорофейчук, 1968), концентрации иммуноглобулинов G, A и M (Mancini, 1965), уровня циркулирующих иммунных комплексов (В.Гашкова с соавт., 1978, в модификации КНИИЭМ) и сенсibilизации организма к гемолитическому стрептококку и стафилококку. Для устранения пародонтальных карманов применяли метод склерозирующей терапии, которую использовали как самостоятельно, так и в качестве воздействия, завершающего оперативное вмешательство

(гингивэктомия, кюретаж различных модификаций) и обеспечивающего благоприятное послеоперационное течение и заживление. Склерозирующую терапию проводили 2-мя путями – инъекционным и неинъекционным. При выборе метода устранения пародонтальных карманов критериями служили глубина и состояние десневой стенки, выраженность резорбции альвеолярной кости и ее равномерность. Пародонтальные карманы глубиной до 4,0 мм устраняли неинъекционным путем, при глубине карманов 4,0-7,0 мм, а также при выраженной гипертрофии межзубных сосочков использовался инъекционный путь склерозирующей терапии.

Результаты исследования. Установлено, что после неоперативного устранения пародонтальных карманов имели место благоприятные изменения показателей состояния краевого пародонта- уменьшение индексов ПМА, Рамфьерда, ГИ, глубины карманов и количества кревикулярной жидкости. Так, до лечения глубина карманов составляла в среднем $6,8 \pm 0,9$ мм, после лечения она уменьшилась до $3,2 \pm 0,4$ мм ($P < 0,05$), индекс ПМА с $62,4 \pm 3,1\%$, до лечения, снизился до $19,3 \pm 4,2\%$ после лечения ($P < 0,01$), а индекс Рамфьерда с $4,09 \pm 0,5$ до $2,22 \pm 0,5$, соответственно, ($P < 0,05$). Количество кревикулярной жидкости уменьшилось в среднем с 2,8 мкл до 0,6 мкл. Гигиенический индекс снизился с $3,4 \pm 0,4$ баллов до $2,1 \pm 0,5$ балла. На рентгенографических исследованиях не обнаруживались признаки прогрессирующей деструкции и снижения высоты межальвеолярных перегородок и отмечались признаки их уплотнения.

Изучение динамики показателей иммунного статуса до и после склерозирующего лечения позволило установить, что после неоперативного устранения пародонтальных карманов наблюдаются достоверно выраженные благоприятные изменения иммунобиологического состояния организма- повышение активности лизоцима сыворотки крови, смешанной и паротидной слюны, концентрации иммуноглобулинов, снижение уровня циркулирующих иммунных комплексов, а также микробной сенсibilизации (рис.1, рис.2, рис.3).

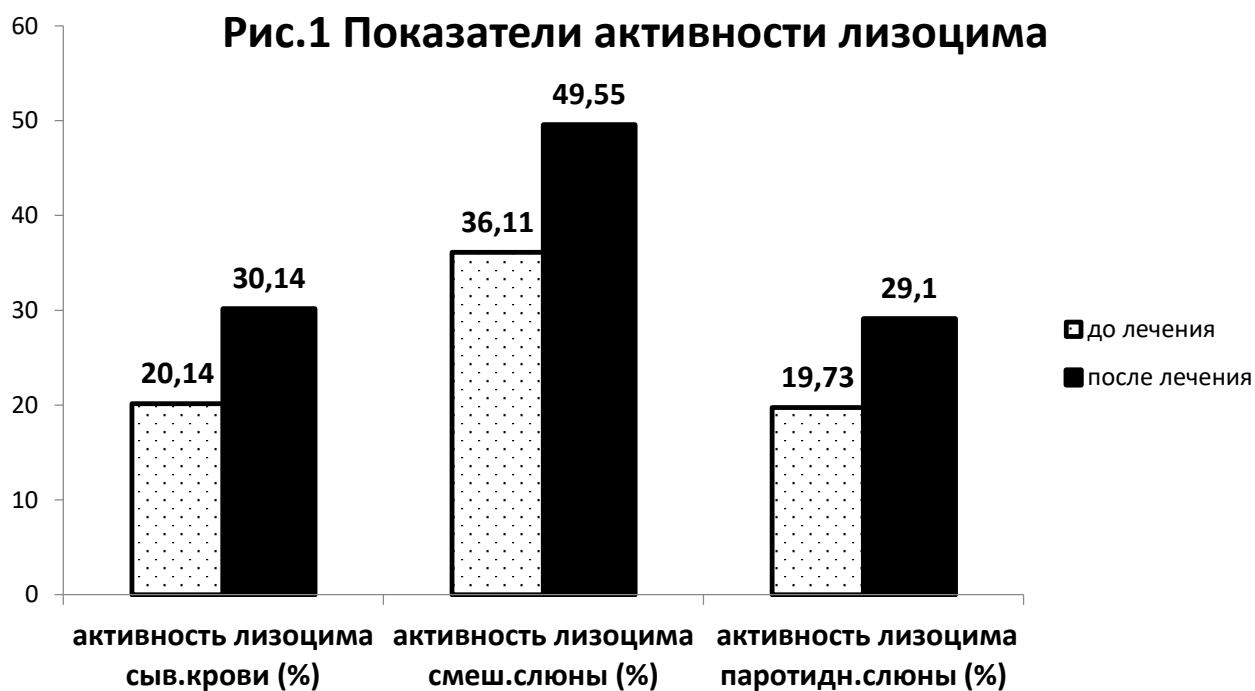
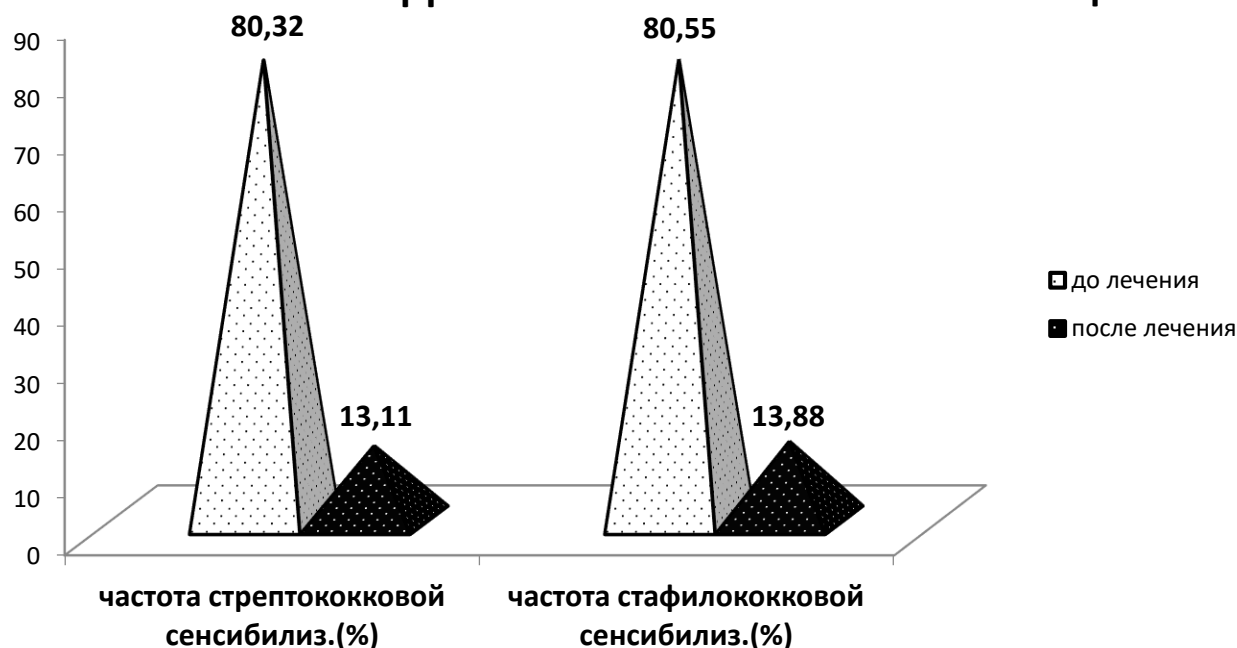


Рис.3 Динамика частоты сенсibilизации



Полученные результаты различались достоверно в различной степени. Уровень циркулирующих иммунных комплексов претерпел аналогичные изменения – с $53,51 \pm 6,38$ мкг/мл до лечения, до $20,49 \pm 5,16$ мкг/мл после проведенной терапии ($P < 0,001$).

Выводы. Полученные данные однозначно свидетельствуют о том, что с ликвидацией пародонтального кармана возможно купирование и присущего ему очагового действия. Установлено, что ликвидация пародонтального кармана или его значительное уменьшение приводит к выраженным благоприятным изменениям показателей иммунного статуса. Таким образом, результаты проведенного клинико-лабораторного исследования свидетельствуют об эффективности комплексного (в значительной части неоперативного) устранения пародонтальных карманов и приобретают особое значение в свете современных представлений о нежелательности оперативных вмешательств на пародонте, в частности, при известных очагово-обусловленных заболеваниях и иммунодефицитных состояниях.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

М.М. Магомедова - студентка 407 группы стом. факультета,

Ю. Н. Кажлаев - доцент

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.Н. Кажлаев

Актуальность. Неоднородность проблемы связи пародонта с состоянием иммунной системы обусловлена тем, что в многочисленных клинико-лабораторных исследованиях не

всегда проводится четкая грань между изменениями иммунного статуса, определяющих развитие генерализованного пародонтита, и отклонениями этой системы, которые могут рассматриваться как реакция на очаг хронического воспаления (Курякина Н. В., Кутепова Т. Ф., 2000, Воложин А.И. с соавт, 2005, Орехова Л. Ю., 2012).

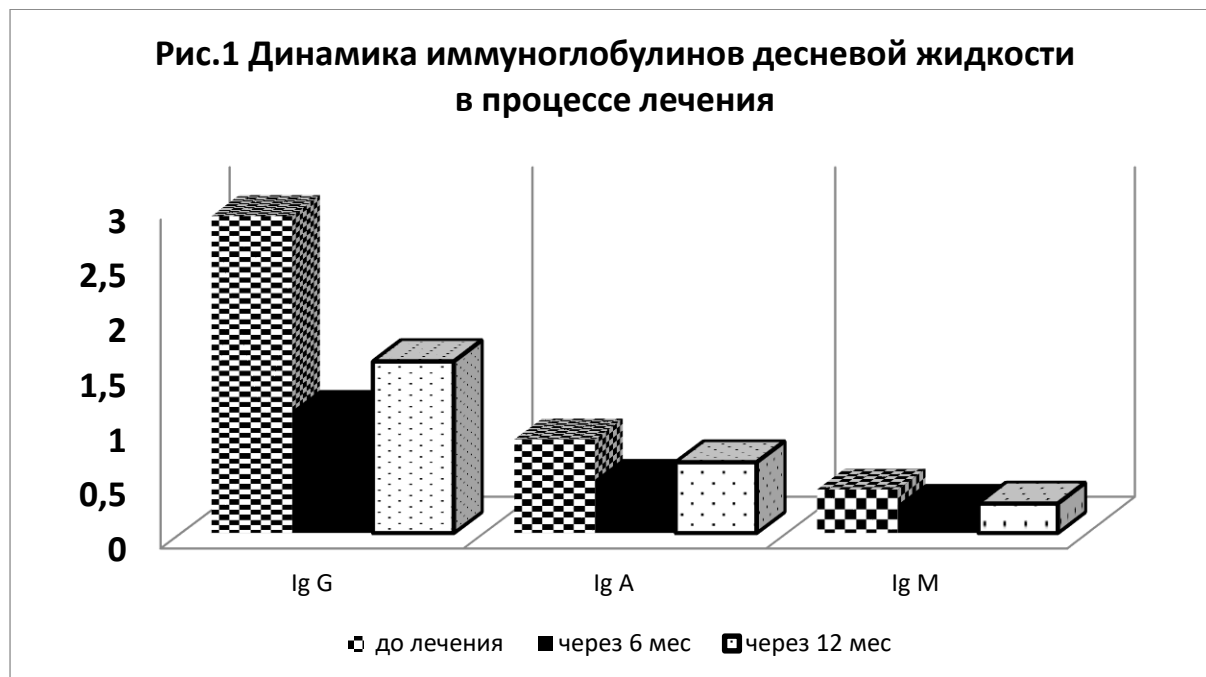
Реакция иммунной системы на очаг хронического воспаления в пародонте, то есть в условиях, когда уже образовался пародонтальный карман, касается, главным образом, гуморального иммунитета (Овруцкий Г.Д., 1990, Воложин А.И., 1998). Большинство работ, посвященных изучению уровня местного иммунитета полости рта при заболеваниях пародонта, касаются, как правило, оценке уровня сывороточных иммуноглобулинов и лизоцима в ротовой жидкости (Грудянов А.И., 2014, 2016).

Существующие методы диагностики и прогнозирования, основанные на использовании различных объективных тестов и пародонтальных индексов, не позволяют в полной мере предсказать развитие и результаты лечения генерализованного пародонтита. Количественные показатели концентрации сывороточных иммуноглобулинов в десневой жидкости изучены совершенно недостаточно, еще более значимой в плане прогнозирования представляется степень их возможного изменения в процессе комплексной терапии генерализованного пародонтита.

Целью исследования явилось изучение возможности использования уровня иммуноглобулинов основных классов десневой жидкости в динамике комплексного лечения генерализованного пародонтита в качестве объективного критерия эффективности проводимого лечения и прогнозирования патологического процесса в пародонте.

Материал и методы исследования. Прослежена динамика сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA и IgM в десневой жидкости 34 больных генерализованным пародонтитом (возрастом от 26 до 64 лет), неотягощенных другими соматическими заболеваниями, до лечения, спустя 6 и 12 месяцев после лечения. В качестве контроля обследовали 18 пациентов с интактным пародонтом. Состояние пародонта оценивали по показателям- РМА, глубине пародонтальных карманов, цифрового ортопантомограммного исследования. Гигиеническое состояние полости рта определяли с помощью индекса Грин-Вермильона. Для определения количества иммуноглобулинов в десневой жидкости использовали метод смывов зубодесневых бороздок или пародонтальных карманов и проводили изучение их уровня методом простой радиальной иммунодиффузии по Mancini (1965) с использованием соответствующих антисывороток. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы «Microsoft Excel 2010», «Statistika 6.0» и включала определение средней арифметической (М), величины средней ошибки (м), коэффициента парной корреляции R, оценку достоверности различий по Стьюденту (t). При оценке достоверности различий использовалось значение $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с интактным пародонтом определялись лишь следы иммуноглобулина G, иммуноглобулины других классов не выявлялись. Динамика уровня изучавшихся показателей у больных с генерализованным пародонтитом в процессе наблюдения до и после лечения в соответствующие сроки представлена на рис.1.



Как видно из диаграммы у больных генерализованным пародонтитом прослеживалась следующая динамика изучавшихся показателей- до лечения уровень Ig G составил $2,89 \pm 0,18$ г/л, спустя 6 месяцев- $1,12 \pm 0,09$ г/л, через 12 месяцев- $1,57 \pm 0,14$ г/л; IgA также претерпел существенные изменения – если до лечения его уровень составлял $0,86 \pm 0,08$ г/л, то спустя 6 месяцев- $0,49 \pm 0,05$ г/л, через год же - $0,65 \pm 0,04$ г/л. Среднее значение сывороточного иммуноглобулина М до лечения составило в среднем $0,4 \pm 0,03$ г/л, через 6 месяцев - $0,26 \pm 0,03$ г/л, через 12 месяцев - $0,27 \pm 0,02$ г/л. Сравнимые показатели различались в достоверной степени. Изучение коэффициента парной корреляции позволило установить наличие выраженной связи между показателями клинического благополучия тканей пародонта и изучавшимися иммунологическими показателями десневой жидкости - РМА, глубины пародонтальных карманов, объемом десневой жидкости с одной стороны и количеством изучавшихся иммуноглобулинов десневой жидкости с другой ($R=0,62-0,73$). Индекс РМА коррелировал с количеством IgG и IgA , глубина пародонтального кармана с количеством IgA , количество десневой жидкости с IgG и IgA.

Выводы. Таким образом, установлена зависимость клинического состояния генерализованных форм пародонтита, подтверждаемых рядом проведенных объективных тестов и индексов, от изучавшихся иммунологических показателей местного иммунитета полости рта, в частности, иммуноглобулинов десневой жидкости. Повышение количества

иммуноглобулинов G, A и M в десневой жидкости может быть рассмотрено в качестве неблагоприятной динамики изменений в пародонте, зачастую предшествующей клиническим манифестациям этого широко распространенного заболевания. Иными словами, полученная закономерность изменений иммунологического спектра десневой жидкости при генерализованном пародонтите может быть рекомендована в качестве объективного критерия для прогнозирования эффективности лечения и оценки качества комплексной терапии с целью оптимизации выбора методов и средств, используемых при лечении этого заболевания.

СПОСОБ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЭРИЛЕНД-МОСТА ПРИ КОНВЕРГЕНЦИЯХ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

М.М. Магомедова - студентка 407 группы стом. факультета,

Ю. Н. Кажлаев - доцент

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.Н. Кажлаев

Актуальность. К созданию адгезивных мостовидных протезов (АМП) привели попытки избежать радикального препарирования зубов под различного рода ортопедические конструкции как в значительном (цельнокерамические, металлокерамические, цельнолитые), так и в несколько меньшей степени (штампованные) масштабах при одновременном достижении надежной фиксации. Современный метод изготовления АМП (Мэриленд-моста) основан на замещении отсутствующего зуба (одиночных включенных дефектов), когда опорные зубы интактны или имеют незначительные повреждения твердых тканей (кариес, некариозные поражения, пломбы), при конвергенциях и боковых осевых смещениях более 20 градусов, а также при необходимости сокращения работы в пределах одного посещения врача-стоматолога с учетом возможного тяжелого общего состояния здоровья (гипертония, постинфарктное состояние и пр.) при помощи композитного материала, как правило с использованием всевозможного армирования. Возможности метода позволяют обеспечить создание в этой связи минимально-инвазивных постоянных и условно-временных мостовидных конструкций. Одним из главных преимуществ таких протезов безусловно является значительно меньшая абразивной обработки опорных зубов по сравнению с традиционной под полные коронки (степень обработки под АМП составляет по данным литературных источников в среднем 5%, что существенно ниже таковой под вкладки и цельнолитые и металлокерамические коронки, 15% и 44%, соответственно).

В этой связи актуальность развития технологии АМП представляется неоспоримой и весьма значимой проблемой современной реставрационной стоматологии. В качестве армирующего материала, как правило, используются различные стальные проволоки

(кламмерная, кобальт-хромовая балка и др.), волоконные структуры (Риббонд, Коннект, Глас-Спан, Файбре-Кор и др.), однако если для фронтальной группы зубов подобные конструкции вполне легитимны, то для жевательных зубов, испытывающих значительную нагрузку, требуется конструкция значительно большей стрессо-физической устойчивости. Металлическое армирование при достаточных прочностных характеристиках имеет серьезные недостатки, касающиеся низкой адгезионности, их закрытия и эстетики, а также, что представляется весьма немаловажным-низкой биосовместимостью.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности использования в качестве армирующего материала балок на основе титановых штифтов, обладающих значительно более приемлемыми в клинике химическими, физико-механическими и биологическими характеристиками.

Результаты исследования. _Разработана методика изготовления мэриленд-мостовой конструкции (Удостоверение на рационализаторское предложение №17-1506, выданное ДГМУ), предусматривающая определенную последовательность действий:

1. Проверка окклюзионных взаимоотношений и планирование расположения титановой двусоставной балки.

2. Очистка поверхности зубов пемзой или пастой, не содержащей фтор, промывание водой, высушивание воздухом, препарирование опорных зубов, удаление старого пломбировочного материала, обработка кариозных полостей (при их наличии) в соответствии с требованиями современной адгезивной техники, препарирование опорных площадок на расчетную глубину- оптимальное расположение дна опорных площадок зона контактных пунктов (на границе окклюзионной и средней трети коронок или в средней трети коронки) с учетом необходимого пространства над титановой балкой 1,5-2 мм слоя композита.

3. Изоляция операционного поля –предпочтительно использование коффердама, в крайнем случае полоской коффердама, секционной матрицей или пластиковой полоской.

4. Определение длины балочной конструкции с помощью кусочка фольги, штрипсы , флосса, титановые штифты сошлифовываются с трех поверхностей с помощью сепарационного алмазного диска (алмазных головок или боров) с приданием соответствующей формы и размеров –рис.1, рис.2.

5. Протравка опорных зубов **ортофосфорной кислотой**, эмаль - 15 секунд, затем, не смывая наносим на дентин еще на 15 секунд. Промывание водой 30 секунд, высушивание зубов до слегка влажного дентина.

6. Внесение адгезивной системы – обрабатываются не только опорные полости, но и апроксимальные поверхности опорных зубов для обеспечения поверхностной фиксации в соответствии с инструкцией производителя, фотополимеризация.

7. В опорные полости вносим тонкий слой композит повышенной текучести, в который погружаем предварительно подготовленные (травление или пескоструйная обработка, обработка адгезивом, фотополимеризация) и подогнанные по размеру титановые конструкции с сохраненными резбовыми ретенционными поверхностями, обращенными в щечную и оральную области, соответственно (рис.1, рис.2), фотополимеризуем с обеих сторон.

8. На опорные и промежуточную часть балочной конструкции наносим слой жидкотекучего композита опакowego оттенка (BW) или аналогичного цвета, тщательно закрывая все металлические части, светополимеризуем.

9. Следующим этапом полностью восстанавливаем опорные зубы с нанесением всех дентинных и эмалевых слоев. Построение промежуточной части мостовидного протеза при особом обращении на зону промывного пространства (точечного касания или свободной промывной части)- для формирования используем жесткую **латунную матрицу**, которая должна иметь закругленную форму, краями упираться в пороги, а дном - очень плотно прилегать к десне, вплоть до легкого побледнения. Положение матрицы фиксируем деревянными клиньями. Другой вариант- лавсановая полоска, ширина которой немного больше протяженности дефекта зубного ряда, которую сгибают в форме желоба и вводят под балку и фиксируют двумя прозрачными клиньями. Вестибулярную часть матрицы слегка прижимают к десне для того, чтобы добиться касательного прилегания. Композит вносится послойно в соответствии с инструкцией производителя, толщина слоя композита над балкой в области окклюзионных контактов должна составлять около 2 мм. Восстанавливаем последовательно вестибулярную стенку, язычную или небную, контактные пункты и жевательная поверхность.

10. Снимаем коффердам и приступаем к полировке поверхности адгезивного моста. Особое внимание нужно обратить на поверхность, которая обращена к десне, штрипсами нужно тщательно загладить всю внутреннюю поверхность адгезивного моста, особенно «муфты».

11. Финишная обработка, проверка окклюзионных взаимоотношений.

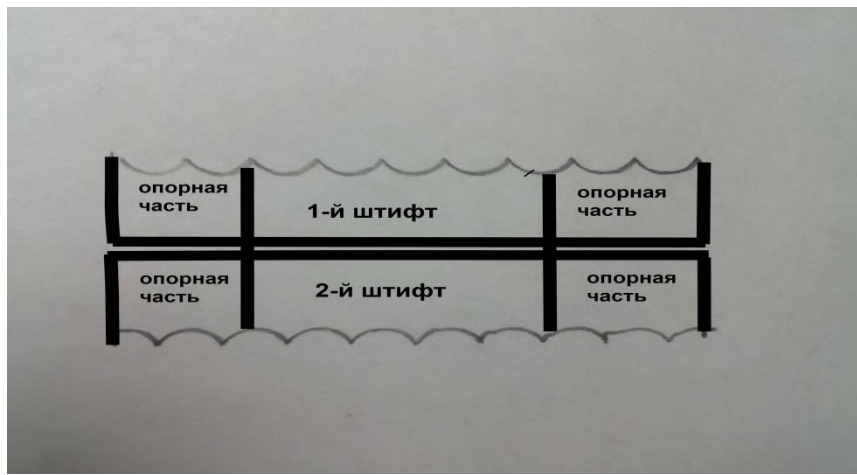


Рис. 1 Балочная конструкция – вид с окклюзионной поверхности.

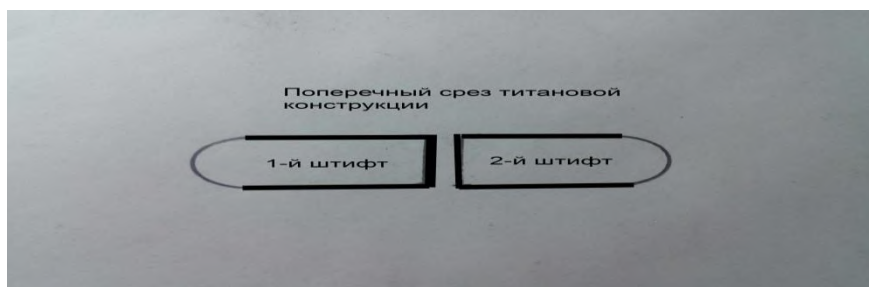


Рис.2 Балочная конструкция на поперечном срезе

Выводы. Таким образом, разработка одномоментных вариантов замещения одиночных включенных дефектов зубных рядов, как во фронтальной, так и жевательной группах зубов, особенно в случаях достаточно часто встречающейся значительной (более 20 градусов) конвергенции, возникающей при отсроченном постэкстракционном протезировании, и требующей, в свою очередь, значительной абразивной подготовки зубов, в частности, апроксимальных поверхностей для придания соосности, представляется актуальной задачей современной клинической реставрационной стоматологии.

Иными словами, предлагаемая конструкция в виду широкой доступности (использования имеющихся в клинике расходных материалов), высокой экономичности (по сравнению с традиционными мостовидными протезами и, еще более, имплантатами), функциональности и простоты изготовления представляется значимым альтернативным способом замещения одиночных включенных дефектов жевательной группы зубов в максимально сжатые сроки за один визит к врачу-стоматологу.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕЦИЗИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ПАРОДОНТОЛОГИИ

Л.С. Катханова - врач-стоматолог

Кафедра преподавания стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. О.В.Еремин

Актуальность. В стоматологической практике назрела необходимость перехода от применения традиционных технологий в диагностике и лечении заболеваний полости рта к подходам, основанным на прецизионной медицине. Ведущее направление в современной диагностике патологии пародонта начинают занимать молекулярно-генетические исследования и разработка компьютерных технологий. Биомаркеры, характеризующие состояния тканей пародонта, рассматриваются как ключ к персонализированной медицине. Инфекция и заболевание пародонтальных тканей приводят к острой и хронической активации врожденного иммунного ответа, который опосредован молекулярной и клеточной передачей сигналов. Цитокиновый профиль кревикулярной жидкости (GCF), легко собираемый на различных стадиях развития воспалительного процесса в тканях пародонта, считается одной из точных характеристик активности и тяжести заболевания. Установлено, что изменения уровня цитокинов в GCF позволяет скорректировать комплексное лечение патологии и определить направления персонализированной терапии больных, оценить эффективность проводимого лечения и прогноз заболевания.

Цель исследования. Разработка компьютерной программы для персонализированной оценки активности процесса разрушения пародонтальных тканей у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материалы и методы исследования. На базе Консультативной стоматологической поликлиники СГМУ было организовано обследование 49 больных хроническим генерализованным пародонтитом, 22 – хроническим генерализованным катаральным гингивитом и 30 человек без признаков воспаления тканей пародонтального комплекса (группа сравнения). Определялись клинические индексы (ОHI-s, PI, PMA, SBI) и глубина пародонтальных карманов. Объектом исследований явилась GCF. Взятие GCF проводили с помощью мишеней (бумажные пины №25, 02 конусности). Пропитанные GCF пины помещались в пробирку типа Eppendorff, содержащей раствор хлорида натрия и 0,2% биоцида ProClin 300. Концентрацию биомаркеров (IL-1 β , IL-6, IL-17, TNF- α , IL-8, MCP-1, IL-1RA, VEGF) в GCF определяли с помощью ИФА с использованием наборов реагентов АО «Вектор-Бест». Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакетов прикладных программ Statistica 10 и надстройки StatResearchExcel

Результаты исследования. Для проведения математического моделирования прогноза развития у пациента гингивита или пародонтита сформировали выборку (5 клинических и 8 иммунологических показателей). Для построения модели использовалась логистическая множественная регрессия с пошаговым последовательным методом включения факторов в модель.

Для целевого показателя «Гингивит» была создана логистическая регрессионная модель, включающая 3 фактора: индексы PMA и SBI, а также провоспалительный цитокин

TNF- α). Из выделенных факторов максимальное значение для прогнозирования формирования гингивита имеет фактор «РМА». Для целевого показателя «Пародонтит» была создана логистическая регрессионная модель на основе 3 факторов (индекса РІ и провоспалительных цитокинов IL-6, TNF- α). Из выделенных факторов максимальное значение для прогнозирования трансформации гингивита в пародонтит имеет фактор «IL-6». Модели имели высокое прогнозное качество ($P < 0,0001$).

Из построенных логистических регрессий выявлено, что выбранные факторы в совокупности хорошо предсказывают состояние пациента. В связи с этим была предпринята попытка создать одну общую модель для определения одного из 3-х состояний пациента («Клинически здоров», «Гингивит», «Пародонтит») на основании имеющихся показателей. Такая модель сможет оценивать степень воспалительного процесса на основании результатов анализов. На основании пошагового дискриминантного анализа с включением были выделены 8 показателей, которые наилучшим образом разделяют целевые группы (ОHI-s, VEGF, IL-6, TNF- α , IL-1 β , IL-8, IL-17, MCP-1).

Выводы. На основании математической модели прогноза был разработан калькулятор (компьютерная программа прогнозирования риска развития воспалительных заболеваний пародонта), который можно использовать для лабораторного подтверждения степени активности воспалительного процесса в тканях пародонта и при разработке методов патогенетической терапии.

**ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ Г. МАХАЧКАЛЫ
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ «COVID-19»**
Т.Ф. Алимйрзоева – студентка 414гр. стоматологического факультета
Кафедра стоматологии детского возраста
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
ГБУ РД Детская РКБ, Махачкала, Россия
Научные руководители – к.м.н., доцент А.Н. Чудинов, асс. Л.Г. Гасанова

Актуальность. Проблема гнойной инфекции челюстно-лицевой области (ЧЛО) и шеи у стоматологических больных остается актуальной. Рост числа больных, которые госпитализируются по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛО обусловлены рядом причин: снижением резистентности организма, трансформацией возбудителей, недостаточной эффективностью проводимого лечения и многими другими.

Для детского возраста характерны высокая распространенность острых гнойно-воспалительных заболеваний одонтогенной природы и более тяжелое их клиническое течение. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями строения зубов и челюстей у детей,

топографией тканей лица и шеи. При осложненных формах кариеса, острых и обострившихся хронических пульпитах, и периодонтитах у детей инфекция быстро распространяется в окружающие зуб ткани и сопровождается выраженной интоксикацией всего организма с характерными признаками угнетения ЦНС. В период пандемии «COVID-19» (за последние 3 года) в челюстно-лицевое отделение Детской Республиканской Клинической Больнице (ДРКБ) г.Махачкалы количество госпитализированных детей с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО разной этиологии и степени тяжести значительно увеличилось. Среди них около 70% составляют воспалительные заболевания одонтогенного происхождения.

Цель исследования: изучить структуру воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области одонтогенного происхождения у детей г.Махачкалы находившихся на стационарном лечении в челюстно-лицевом отделении ДРКБ в период пандемии.

Материал и методы. Для изучения причин и структуры одонтогенных воспалительных заболеваний у детей г.Махачкалы проведен анализ данных историй болезни детей, находившихся на лечении в челюстно-лицевом отделении ДРКБ в период 2019-2021 г.г. (3 года). С этой целью было изучено 1276 историй болезни детей в возрасте от 3 до 15 лет с одонтогенными воспалительными заболеваниями в области лица и шеи, госпитализированных в челюстно-лицевое отделение ДРКБ г.Махачкала. Полученные данные занесены в таблицу.

Структура одонтогенных воспалительных заболеваний

№	Одонтогенные воспалительные заболевания	Кол-во бол.
1	Острый серозный периостит нижней челюсти	96
2	Острый гнойный периостит нижней челюсти	226
3	Острый гнойный периостит верхней челюсти	147
4	Одонтогенный остеомиелит нижней челюсти	148
5	Острый гнойный лимфаденит	271
6	Аденофлегмона	388
	Итого:	1276

Во время пребывания в стационаре всем больным была оказана хирургическая помощь в полном объеме. С целью определения чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам, в ходе операции брался материал для посева из очага воспаления. После оперативного вмешательства проводилось комплексное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Антибактериальные препараты назначались строго с учетом чувствительности микрофлоры воспалительного очага. По завершению лечения у всех больных отмечено полное выздоровление. При выписке детям с кариозными зубами было

рекомендовано проведение санации полости рта по месту жительства.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных историй болезни, госпитализированных больных показал, что в структуре одонтогенных воспалительных заболеваний преобладали лимфадениты и флегмоны челюстно-лицевой области. Гнойно-воспалительные процессы в области нижней челюсти встречались значительно чаще, чем в области верхней челюсти.

Источником одонтогенной инфекции были преимущественно молочные и первые постоянные моляры нижней челюсти. На догоспитальном этапе хирургическая помощь не проводилась своевременно и в полном объеме. Нерациональное применение антибактериальных препаратов без учета их чувствительности к микрофлоре очага воспаления, можно считать существенной причиной не эффективного лечения детей в условиях поликлиники, что и способствовало развитию более тяжелых форм воспалительного процесса. Своевременная госпитализация и комплексное лечение детей в стационаре позволяет снизить количество возможных осложнений.

Вывод. Причиной одонтогенных воспалительных заболеваний у детей, чаще всего являются зубы с осложненными формами кариеса, ошибки в диагностике пульпитов и периодонтитов и их нерациональное лечение. Профилактические мероприятия, правильно выбранная тактика лечения, использование современных дополнительных методов диагностики при затруднении постановки диагноза позволяют значительно снизить распространенность одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области у детей. Своевременная госпитализация детей при этих заболеваниях, радикальная хирургическая помощь, соответствующая антибактериальная, противовоспалительная и физиотерапия позволят повысить качество лечение больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями.

Список литературы.

1. Топольницкий О.З. Детская хирургическая стоматология: учебник 3ч. Ч.2 Хирургия -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -320с.
2. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей. М.: Медицина, 2009. – 211 с.
3. Чувилкин В.И., Панин А.М., Царев В.Н., Широков Ю.Е., Панини М.Г. Особенности тактики этиотропного лечения при одонтогенных воспалительных процессах. Клиническая стоматология – 2011 – №2- С.60-64.

СТРАХ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОД НАРКОЗОМ

А. Н. Скиба - студентка 4 курса стоматологического факультета,

В.А. Журбенко, ассистент кафедры

Кафедра стоматологии детского возраста

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Актуальность. Одной из важнейших проблем современной детской стоматологии является непросвященность родителей или полное отсутствие понимания сущности лечения детей под наркозом. Это связано с тем, что большинство родителей читают статьи в интернете, где предоставлена не всегда верная информация, тем самым не настроены слушать специалиста на приёме, так как «знают и читали о вреде наркоза».

Цель. Изучение и повышение просвещенности родителей о лечении детей под наркозом, показаниях, противопоказаниях и возможных последствиях.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 75 пациентов, обратившихся к детскому врачу-стоматологу.

Цели приёмов были различные: 43% - кариес, 31% - пульпиты, 16% - периодонтиты зубов 5.5, 6.5, 7.5, 8.5 при отсутствии зачатков постоянных зубов, 10% плановое удаление молочных зубов для дальнейшего ортодонтического лечения, а так же по случаю влияния воспаления периапикальных тканей на зачаток постоянного зуба.

Результаты исследования. В большинстве случаев (91%) родителей обратились для санации полости рта в связи с тем, что ребёнок отказывается сотрудничать при лечении и выполнять команды и просьбы лечащего врача, такие как: пополоскать рот водой, собрать слюноотсосом слюну, почистить зубы щёткой с пастой. 34% детей вовсе отказались садиться в кресло и подпускать доктора к себе, чтобы провести осмотр и записать зубную формулу.

В таком случае родители надеются на лечение под седацией. Но, к сожалению большая часть не знают и не понимают показания к ней: ребёнок должен выполнять простейшие выше перечисленные просьбы и сотрудничать. Закись азота применяется в случае волнения, небольшого страха ребёнка и расслабляет его, помогает отвлечься на мультики и комфортно провести лечение. Если же ребёнок сильно напуган, имеет непреодолимый страх, а при просьбе открыть рот – у него истерика, седация не поможет, она не «возьмёт» его и лечения не состоится.

Тогда у родителей есть несколько вариантов: если ребёнку требуется санация полости рта, но форма кариеса стабильна, можно отсрочить лечение и наладить сотрудничество. При этом нужно провести огромную психологическую работу: приводить ребёнка на повторные приёмы – адаптацию (для привыкания к кабинету, врачу, установке); разговоры и просмотр добрых мультфильмов про лечение зубов дома: какие-либо игрушки со стоматологическим набором, чтобы ребёнок поиграл со своими игрушками и «полечил им зубки»; так же, чтобы ребёнок привык к звуку углового наконечника, можно приобрести электрическую или ультразвуковую зубную щётку.

Если первый вариант не принёс успеха, а в полости рта активные процессы разрушения

твердых тканей зуба, и воспалительные процессы в периапикальных тканях, тогда единственный выход – лечение под наркозом.

Однако, с этого момента, в большинстве случаев, начинается активное отрицание родителями данной процедуры, что и говорит о дезинформировании населения.

Какие же два самых больших страха родителей перед наркозом? О первом в слух не говорят, но можно прочесть по глазам – страх не проснуться. Второе, о чем сильно переживают родители – осложнения, которые могут возникнуть в процессе, а так же высокий риск гибели клеток головного мозга, которая у детей может повлиять на интеллектуальное развитие. И то, и другое, к сожалению, вполне реально, но каковы риски?

И здесь любой поисковик в интернете на первой же странице выдаёт статистику в 1 случай смерти на 200-300 тысяч проведённых наркозов. Откуда эти цифры? Их часто проводят в пример, сравнивая безопасность современной анестезиологии и анестезиологии 50-х и 80-х годов XX столетия. Мол, тогда, 40 лет назад цифры были ужасающие – 2: 10 000, а сейчас 1: 200 000.

Почему цифры так сильно разнятся, в десятки раз? Это связано с тем, что в большинстве случаев невозможно установить, чем именно обусловлен неблагоприятный исход – сопутствующими заболеваниями, тяжестью операции или самим наркозом.

По данным общества анестезиологов принято разделять основные категории причин на:

- 46,6% - связаны с передозировкой анестетика (в основном в/в);
- 42,5% - связаны с нежелательной реакцией на терапевтическую дозу анестетика;
- 1% - злокачественная гипертермия;

Показатели связаны, непосредственно, с самой анестезией составляет от 0,1 до 5,7 на 10 000.

На сегодняшний день отсутствует достоверная статистика смертности именно по «стоматологическим» наркозам у детей с использованием севорана как в отечественной, так и в зарубежной литературе.

Таким образом:

- наркоз, как непосредственная причина смертности ребёнка ~ 1 случай на 25 000 наркозов;
- общая смертность детей под наркозом ~ 1 случай на 10 000 наркозов;
- нарушение дыхания (ларингоспазм, осложнение интубации, аспирация) и остановка сердца являются наиболее частыми внутриоперационными осложнениями;
- продолжительность наркоза прямо пропорциональна риску респираторных осложнений как во время наркоза (в том числе ларингоспазм и аспирация) так и в ближайшем послеоперационном периоде (аспирационная пневмония);
- при подозрении на инфекцию нижних дыхательных путей (лихорадка, влажный

кашель, прослушиваемые хрипы) желательно отсрочить вмешательство минимум на 4 недели;

- нарушение работы сердца чаще вызван передозировкой препарата для наркоза, а также неучтенным/невыясненным сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы;

-риск передозировки выше при внутривенном введении (как правило в детской стоматологии не практикуется);

- риск осложнений сводится к минимуму у соматически здоровых детей при плановых операциях в специализированных медицинских учреждениях.

Выводы. Подводя итог всему сказанному, стоит добавить, что необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди родителей, чьи дети нуждаются в санации полости рта о показаниях и противопоказаниях наркоза, седации, премедикации

ВЫЯВИТЬ ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

О.А. Успенская - зав. кафедрой терапевтической стоматологии, И.К. Лялина - доцент кафедры биохимии им. Г. Я. Городисской, П.А. Полюшков – студент 561 гр. стоматологического факультета

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.А. Спиридонова

Актуальность: Современные технологии создают новые способы табакокурения: айкосы, вейпы. Более того разнообразие вкуса, отсутствие запаха никотина, маскируемого под приятные ароматы – всё это делает методы испарения никотина очень привлекательными.

Давно известно, что в состоянии стресса для курящих характерно повышение частоты курения. Из литературных данных известно, что мужчины с большим трудом выходят из стрессовых ситуаций, чем женщины. Для снижения уровня тревоги мужчины достаточно часто прибегают к курению. Первое воздействие идёт на эмоциональную сферу, улучшается настроение за счёт быстрой доставки никотина в организм. Второе воздействие это стимуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы – главной нейроэндокринной системы, ответственной за поддержание гомеостаза организма, адаптацию к факторам внешней среды и выживание во время стресса. Которая в свою очередь стимулирует сердечно-сосудистую и нервную системы.

Цель исследования – выявить влияние курения электронных сигарет на концентрацию кортизола в крови пациентов.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на базе кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ. Все испытуемые были разделены на 2 группы: 1-ая группа – здоровые пациенты никогда не курившие (25 человек), 2-ая группа –

пациенты, курящие электронные сигареты с никотином (25 человек). 2-ая группа пациентов была поделена на 3 подгруппы в зависимости от длительности курения – 2А группа – до 1 года, 2Б – от 1 года до 2 лет, 2В – от 2 лет до 3 лет. Средний возраст обследованных составил $20 \pm 0,9$ года, стаж курения от 1 до 3 лет. На момент обследования все пациенты не имели хронических и инфекционных заболеваний, прием лекарственных препаратов на момент осмотра был исключен. На момент осмотра всем пациентам выполнялся осмотр полости рта с определением индекса Грина-Вермиллиона, индекса РМА, далее для выявления уровня кортизола выполнялся забор венозной крови из локтевой вены натощак в утреннее время и через 30 минут после выкуривания электронной сигареты. Проводилось спектрофотометрическое количественное определение глюкозы глюкозооксидазным методом. Полученные данные оценивали при помощи программы «Biostat», используя критерий Стьюдента.

Результаты исследования. Нами были обследованы 14 мужчин (28%) и 36 женщин (72%) в возрасте от 18 до 23 лет. Выявлено: у некурящих пациентов индекс ОНІ-S составил $1,36 \pm 0,013$, индекс РМА – $1,58 \pm 0,023\%$; у пациентов, курящих электронные сигареты, значения составили: индекс ОНІ-S – $1,17 \pm 0,012$, индекс РМА – $1,47 \pm 0,03\%$ на момент осмотра. Нами получено, что уровень гигиены полости рта во всех группах хороший. У двух пациентов из 2-ой группы (8%) при осмотре полости рта выявлены участки мягкой формы лейкоплакии, что, со слов пациентов, они связывают с нервным стрессом. Важно отметить, что слизистая полости рта, подверженная ежедневному воздействию пара от электронной сигареты и никотина, способна как усиливать кератинизацию, так и отвечать на воздействие при помощи формирования сосудистой реакции на фоне кератотических изменений.

При изучении уровня кортизола в крови: у пациентов 1-ой группы получено – $331,8 \pm 11,32$ нмоль/л ($p < 0,05$ между группами), у пациентов 2-ой группы – $689,43 \pm 17,48$ нмоль/л ($p < 0,05$ между группами), необходимо отметить, что норма содержания кортизола в крови в утренние часы составляет 140-690 нмоль/л. Можно сделать выводы о том, что если разница между верхней и нижней границей нормы отличается практически в 5 раз, то соответственно, если у пациента норма в среднем составляет около 200-240 нмоль/л и происходит его увеличение до 500-600 нмоль/л, то это является сигналом к превышению индивидуальной нормы уровня кортизола в крови на фоне курения электронных сигарет. Стоит отметить, по нашим наблюдениям во 2-ой группе – у пациентов со стажем курения до 1 года уровень кортизола приближался к верхней границе нормы – $445,43 \pm 12,12$ нмоль/л, со стажем курения от 1 года до 2 лет – $536,32 \pm 11,47$ нмоль/л, со стажем от 2 до 3 лет – $678,89 \pm 11,47$ нмоль/л. Данные по кортизолу согласуются с содержанием глюкозы в крови пациентов.

Выводы. Исходя из проведенного нами исследования выявлено, что наблюдается повышение уровня кортизола в периферической крови, что напрямую зависит от длительности курения электронных сигарет и негативно сказывается на состоянии слизистой

оболочки полости рта, нарушая ее способность адекватно отвечать на воздействие раздражающих факторов.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА
А.А. Гарифуллина – студентка Ст-401В группы стоматологического факультета
Кафедра терапевтической стоматологии с курсом ИДПО

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научные руководители - к. м. н., доцент Р.Р. Фархиятова, д.м.н., проф. Л.П. Герасимова

Актуальность. В настоящее время курение является важной проблемой во всем мире. По результатам глобального обзора за период 1990-2019 годов медицинского журнала The Lancet Россия вошла в топ-10 самых курящих стран мира [7]. С 2004 года табачный рынок начал производство электронных сигарет, убеждая, что они безопаснее обычных сигарет, но эта информация не была подтверждена. Их широкое распространение в России началось в 2016 году, это явление стали называть «вейпингом» (англ. «vape» - пар) [2].

У вейперов возникают жалобы по поводу сухости полости рта, заболеваний десен. За последние несколько лет в исследованиях сообщается о ряде клеточных изменений, измененном микробиоме полости рта, но поскольку большинство исследований были небольшими по масштабу, и данные клинических испытаний о влиянии на здоровье полости рта по-прежнему ограничены, требуется дальнейшее изучение данной проблемы [5].

Из-за маркетинга вейпы стали популярны среди детей и молодежи. Они начинают употреблять «безопасную» альтернативу, в дальнейшем получая сильную зависимость. Согласно результатам опроса GATS («Global Adult Tobacco Survey») 2016 года, средний возраст начала ежедневного курения сигарет среди всех взрослых составил 17 лет.

Таким образом, вейпы не могут быть безопасной альтернативой обычному курению, поэтому актуальным является анализ и дальнейшее изучение влияния вейпов на полость рта.

Цель исследования. Провести анализ научных работ, посвященных проблеме влияния электронных сигарет на состояние тканей пародонта курильщиков.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ научных исследований 2018-2023 годов по теме влияния использования электронных сигарет на полость рта в научных базах PubMed, eLIBRARY, Web of science с использованием ключевых слов: электронные сигареты, вейпинг, полость рта, пародонт, токсичность.

Результаты исследования. В настоящий момент процесс курения электронных сигарет называют «вейпингом», а сами электронные сигареты – «вейпы» (сокр. от «vapor» - пар). Принцип работы состоит в том, что они нагревают жидкий раствор в аэрозоль для вдыхания.

Электронные жидкости, используемые в электронных сигаретах, состоят из

пропиленгликоля, растительного глицерина, никотина и ароматизаторов. В исследовании 2018 года авторы Sassano M.F., Davis E.S., Tarran R. выяснили, что такие ароматы, как ваниль, банан и корица, оказывались самыми токсичными.

При нагреве электронной жидкости образуются мощные канцерогены – формальдегид и акролеин. Помимо отрицательного влияния на полость рта, они могут привести к повреждению легких и болезни сердца. Также в большом количестве содержатся этиленгликоль и нитрозамины – вещества, способные вызывать злокачественные опухоли. Вследствие отсутствия обязательной сертификации всех компонентов электронных сигарет, контроля над качеством и составом заправок для электронных сигарет, недобросовестные производители могут включать в состав больше никотина, выпускать подделки и низкокачественные устройства. А также установлено, что некоторые якобы безникотиновые вейпы на самом деле содержат никотин. [1]. Употребление никотина детьми и подростками пагубно сказывается на развитии головного мозга, потенциально приводя к нарушениям обучаемости и тревожным расстройствам.

Лишь в 2020 году в России приняли закон о запрете продажи вейпов и других устройств для курения несовершеннолетним (Федеральный закон № 303-ФЗ от 31.07.2020 г. "О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросу охраны здоровья граждан от последствий потребления никотинсодержащей продукции"). С 1 сентября 2022 года изделия с нагреваемым табаком, одноразовые электронные сигареты, и жидкости для них подлежат обязательному декларированию соответствия (Постановление Правительства РФ №2425 от 23.12.2021 г.).

В 2020 году в своей научной работе авторы Сланова М. К., Цагараева Т. Г., и др. отметили, что у вейперов значения индексов распространенности кариеса, КПУ, ИГР-У и РМА ниже, чем у курящих обычные сигареты. Но это не значит, что электронные сигареты безопасны, так как ученые пришли к выводу, что ежедневное курение электронных сигарет может принести к довольно быстро прогрессирующему пародонтиту [3].

В 2021 году Holliday R, Chaffee B.W., и др. пришли к выводам: электронные сигареты содержат биоактивные вещества, поражающие кератиноциты полости рта и фибробласты периодонта *in vitro*; глицерин и пропиленгликоль могут быть причиной увеличения объема биопленки и изменения состава микробиома; стимуляция воспаления и высвобождение цитокинов, антимикробных пептидов в слюну могут повлиять на микробиом полости рта [5].

В систематическом обзоре пародонтальных индексов 2022 года среди 512 пациентов авторы Pesce P., Menini M., и др. фиксировали: индекс зубного налета (PI), кровоточивость при зондировании (BOR) и глубину зондирования (PD). У обычных курильщиков был худший индекс зубного налета, средняя глубина зондирования часто была выше физиологического уровня (3 мм). Результаты подтвердили, что употребление табачных изделий увеличивает

окислительный стресс в тканях пародонта и может способствовать заболеваниям пародонта. У вейперов состояние пародонта было хуже, чем у некурящих, с более высокими PI и PD, но с более низкими значениями по сравнению с курильщиками обычных сигарет. Интересно, что по сравнению с обычными курильщиками, у которых были худшие результаты PI, у вейперов была более сильная кровоточивость десны [6]. По результатам данного обзора было выявлено меньшее влияние вейпов на ткань пародонта по сравнению с обычными сигаретами, однако вред электронных сигарет исключать нельзя. Недавние исследования доказали, что курение вейпов увеличивает окислительный стресс, воспалительные реакции и стимулирует повреждение ДНК [4].

Выводы.

1. Электронные сигареты оказывают негативное влияние на ткани пародонта, способствуя развитию воспалительных заболеваний пародонта и изменению микробиоты полости рта.
2. При нагреве электронной жидкости образуются мощные канцерогены (формальдегид и акролеин), провоцирующие раковые и предраковые заболевания тканей пародонта.
3. Необходимо дальнейшее изучение влияния электронных сигарет на ткани пародонта.

Список литературы.

1. Влияние использования электронных сигарет на стоматологические параметры полости рта и на организм человека-современное состояние вопроса (обзор литературы) / Алёхина А. В. [и др.] // Институт стоматологии. 2019. № 3. С. 78-80.
2. Рудаков, Н. А., История создания и продвижения электронных сигарет //Бизнес-образование в экономике знаний. 2019. № 1. С. 76-82.
3. Сланова, М. К., Влияние курения табачных и электронных сигарет на состояние полости рта / М.К. Сланова, Т.Г. Цагараева, С.К. Хетагуров // Авиценна. 2020. № 71. С. 23-24.
4. Clinical peri-implant parameters and inflammatory cytokine profile among smokers of cigarette, e-cigarette, and waterpipe / M.A. AlQahtani, A.S. Alayad, A. Alshihri [et al.]// Clinical Implant Dentistry and Related Research. 2018. Vol. 20, № 6. С. 1016-1021.
5. Electronic cigarettes and oral health / R. Holliday, B.W. Chaffee, N.S. Jakubovics [et al.] // Journal of Dental Research. 2021. Vol. 100, № 9. С. 906-913.
6. Evaluation of periodontal indices among non-smokers, tobacco, and e-cigarette smokers: A systematic review and network meta-analysis / P. Pesce, M. Menini, G. Ugo [et al.] // Clinical Oral Investigations. 2022. Vol. 26, № 7. С. 4701-4714.
7. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ИНЪЕЦИРОВАНИЯ БОТУЛИНОТОКСИНОМ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ЦЕЛЬЮ
СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Ш.З. Магомедова - студентка 403 гр. стоматологического факультета

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Х.А. Ордашев

Актуальность исследования: На сегодняшний день в сфере медицинских технологий сложилась концепция становления малоинвазивных методов лечения, соответствующих снижающих коэффициент хирургических вмешательств. Одной из таких методик является применение препаратов ботулинотоксина.

Цель исследования: опираясь на результаты проведенного коллективного исследования доказать, что применение методики лечения с помощью введения БТ снижает риск развития и степень тяжести возможных осложнений.

Задачи исследования:

1. Необходимо произвести подборку подготовленного квалифицированного медицинского персонала
2. На протяжении двух недель врачи будут вводить пациентам препараты ботулинотоксина по лечебным и эстетическим показаниям
3. По окончании данного срока будет воспроизведен учёт на основании полученных данных о состоянии здоровья пациентов, после проведения им манипуляций инъектирования

Материалы и методы: С целью решения поставленных задач нами цели были проведены следующие процедуры:

1) 4 Пациентам с проявлением разновидности краниомандибулярной дисфункции - бруксизмом: для устранения гиперфункции жевательной мускулатуры в височную мышцу был введен препарат ботулотоксина.

2) 8 пациентам с гингивальной улыбкой инъектирование БТ проводилось с целью устранения эстетического дефекта, в основе которого лежит обнажение части десны, резцов, клыков и премоляров.

3) 2 пациентам с патологией асимметрии лица, возникшей вследствие паралича лицевого нерва была назначена медикаментозная терапия в сочетании с ботулинотерапией.

Наименование процедуры	Количество пациентов	Методика проведения	Результаты	Осложнения
1. Устранение	4	Вводить препарат	При введении БТ	Не выявлено

гиперфункции жевательной мускулатуры введением препарата БТ в соответствующие ориентиры		необходимо над височной ямкой, отступив 5 см сверху от границы прикрепления височной мышцы к скуловой дуге, в наиболее толстую часть мышцы	устраняется гиперактивность жевательной мускулатуры, тем самым устраняются симптомы, характерные для бруксизма, а также осложнения, к которым он может привести	
2.Инъекцирование Ботулотоксином с целью устранения «гингивальной улыбки»	8	А)При медиальном типе ГУ препарат инъецируют с каждой стороны в область носогубных складок на 1 см латеральнее и ниже крыла носа, чтобы обеспечить расслабление m. levator labii superioris alaeque nasi. Б)При латеральном типе ГУ инъекции проводят в две точки в области щек в проекции больших и малых скуловых мышц. Первая точка находится на носогубной складке и соответствует самой латеральной позиции при сокращении мышц во время улыбки. Вторая точка находится на 2 см латеральнее первой, на уровне козелка уха. В)При смешанном типе ГУ инъекции проводят во все описанные выше точки, однако	Ликвидация гипертонуса жевательных мышц, чрезмерно оттягивающих губу кзади, и приводящих к обнажению части десны, резцов, клыков и премоляров. В результате чего устраняется эстетический дефект	Не выявлено

		доза должна быть снижена на 50 % в точках, расположенных возле крыла носа. Г) При асимметричной ГУ препарат вводят в две точки щечной области, так же как для II типа, на стороне с большей степенью обнажения десны. На противоположной стороне БТ вводят только в нижнюю точку, т. е. инъекции проводят несимметрично		
3.Выключение патологии асимметрии лица медикаментозной терапией в сочетании с ботулинотерапией	2	Коррекция проводится на условно здоровой стороне, так как именно здесь формируется гипертонус. Причем надо уменьшать активность мышц антагонистов, но не блокировать ее полностью. После 4—6 месяцев релаксация мышц на «здоровой» стороне приводит к восстановлению мышц на пораженной стороне и, следовательно, к восстановлению симметрии лица.	Устраняется патологическая активность и уменьшается выраженность мимических контрактур. Вследствие расслабления напряженной мышцы исчезает чувство болезненности, стягивания. Следовательно, ботулинотерапия позволяет добиваться функционального восстановления пораженных мышц	Не выявлено

Результаты и обсуждение. На основании проведенных нами исследований, по истечению 2х недельного срока были подведены следующие итоги :

Из испытуемого количества пациентов при введении препарата в соответствующие ориентиры и в точных дозировках не выявилось ни одного проявления из возможных осложнений в виде отёка, аллергической реакции или птоза.

Выводы. Проанализировав данный эксперимент , можно прийти к заключению, что

применение препаратов ботулотоксина в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии показывает положительные результаты, являясь малоинвазивным методом для лечения пациентов при наличии различных нозологических форм.

Простота использования БТ позволяют использовать его не только в условиях стационара, но и на амбулаторном приеме.

ПОКАЗАТЕЛИ СИЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ СИЛАДЕНОЗОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

А.М. Тагирова – ассистент, Х.А. Ордашев - доцент

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Х.А. Ордашев

Актуальность. Целью данного исследования являлось изучение различных клинико-лабораторных показателей у пациентов и выделение более информативных критериев оценки секреторной активности слюнных желез(СЖ) при сахарном диабете (СД) I типа (инсулинзависимый) и при сахарном диабете(СД) II типа(инсулиннезависимый). Пациенты с СД I типа составляли 39%, пациенты с СД II типа - 61%. Оценка состояния слюнных желез было проведена на основе комплексных исследований. Сиалометрия была проведена в течение 6 минут. Была проведена вискозиметрия. Вязкость слюны выполняет защитные функции, поддерживает сапрофитный баланс в полости рта. Результаты показали, что увеличение вязкости наблюдалось в 87% случаев у пациентов с СД I типа, аналогичные результаты получены и у пациентов с СД II типа — в 83% случаев.

Введение. Известно, что сахарный диабет (СД) вызывает снижение инкреторной и экскреторной активности СЖ. Поэтому поражения СЖ и органов полости рта, возникающие в ответ на различные патологические процессы в организме, относятся к числу актуальных проблем современной стоматологии.

СЖ, являясь органами экзокринной и эндокринной системы, тонко реагируют на нарушение деятельности других желез внутренней секреции/1, 2/. Убедительным примером, подтверждающим эндокринную функцию СЖ, является выделение ими гормона паротина.

Не вызывает сомнения участие СЖ в обеспечении гормонального режима организма в норме и при эндокринных нарушениях, что в свою очередь приводит к возникновению в них различных патологических состояний /3, 4/.

Целью нашего исследования была сравнительная оценка различных клинико-лабораторных показателей пациентов для выделения наиболее информативных диагностических показателей секреторной активности СЖ при СД I типа и при СД II типа.

Материал и методы исследования. Преимущественно болели женщины (87%). Около

трети всех больных страдали СД I типа, доля пациентов СД II типа составляла 61%. Данное соотношение наблюдалось как у мужчин, так и у женщин, однако данные статистически недостоверны ($p > 0,05$).

В контрольную группу вошли 20 здоровых человек (студентов).

С целью выявления ранних признаков заболеваний СЖ у больных сахарным диабетом, которые находились на лечении в отделении эндокринологии Республиканской клинической больницы в г.Махачкале, использовали скрининговую систему обследования.

Оценку состояния СЖ проводили на основании комплексного обследования. Функциональную активность СЖ, вязкость смешанной слюны изучали в зависимости от стадии сиаладеноза и формы нарушения функциональной активности СД (инсулинзависимый, инсулиннезависимый).

Сиалометрию осуществляли в течение 6 минут, скорость саливации определяли в мл/мин. Смешанную слюну собирали утром и натошак в градуированные пробирки. Вязкость слюны вычисляли при помощи зубоврачебного шпателя.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный структурный анализ состояния СЖ и результаты сиалометрии у больных СД вне зависимости от типа СД позволили выявить достоверное снижение секреции слюны по сравнению с контролем во всех стадиях болезни.

Так, в начальной стадии сиаладеноза скорость секреции составила $0,5 \pm 0,02$ мл/мин, клинически выраженной — $0,35 \pm 0,03$ мл/мин и в поздней - $0,21 \pm 0,03$ мл/мин, контроль - $0,71 \pm 0,04$ мл/мин.

Как известно, вязкость слюны определяет ее способность осуществлять защитные функции, обеспечивает вымывание патогенных микроорганизмов, определяет сбалансированность сапрофитов в полости рта. Поэтому можно утверждать, что увеличение вязкости слюны являлось одним из факторов, предрасполагающих к развитию стоматологических заболеваний.

Таким образом, наиболее явное снижение секреции было отмечено в клинически выраженной и поздней стадиях процесса.

Результаты математической обработки данных исследования секреции (табл. 3) в зависимости от типа СД выявили статистически значимые различия в следующих сравниваемых группах: СД I типа и контроль (1-1,5 мл/мин), СД II типа и контроль (0,5-1 мл/мин).

Следовательно, наиболее выраженное снижение секреции СЖ наблюдалось у больных СД II типа.

Вязкость слюны определяли без учета стадии сиаладеноза в зависимости от типа СД. Результаты исследования показали, что повышенная и резко повышенная вязкость составила

87% случаев (соответственно 45% и 42%) у больных СД I типа (36 пациентов). Такую же картину наблюдали и у больных СД II типа: 83% случаев (соответственно 42% и 41%) среди 56 пациентов.

Выводы:

1. Увеличение вязкости слюны при сиаладенозах явилось одним из факторов, предрасполагающих к развитию стоматологических заболеваний;
2. Математическая обработка результатов исследования секреторной функции СЖ показала выраженные различия в виде понижения слюноотделения при сиаладенозах на фоне СД I типа и СД II типа по сравнению с контрольной группой.

Литература

1. Денисов А.Б. Клиника, диагностика и лечение сиаладеноза у больных с заболеваниями мужских половых желез: автореф. дис...к.м.н. М., 2001.13 с.
2. Колесниченко Л.С. с соавт. Аминокислоты и их метаболиты в крови и моче у детей с минимальной церебральной дисфункцией // Вопросы медицинской химии. 1999. Т.45. №1. С. 58-64.
3. Garsia-Marcos M. et all. Role of sodium in mitochondrial membrane depolarization induced by P2x7 rezeptor activation in submandibular glands // FEBS. Lett. Spain.2005. Vol.579. N.24 P. 5407-5413.
4. Mata A. et all. Effect of extracellular magnesium on secret a gogue-evoked amylase secretion in the isolated rat parotid gland segments // Magnes Res. 2002. Vol.15. N.3-4. P. 161-163.

**СОСТОЯНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**
Д.М. Османова, А.М. Тагирова – ассистенты, Х.А. Ордашев - доцент
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Х.А. Ордашев

Актуальность. Для лечения переломов нижней челюсти в настоящее время применяют консервативный и оперативный методы фиксации. Основным методом лечения переломов остается консервативный с наложением двучелюстных шин с межчелюстным вытяжением. Нарушение жевательного акта, возникающее в результате иммобилизации нижней челюсти, предопределяет необходимость изменения качественного и количественного состава пищи, вызывает нарушение физиологического рефлексогенного влияния пищевого комка на вкусовые рецепторы, оказывая угнетающее действие на «ротовое пищеварение», так как слизистая оболочка полости рта богато иннервируется волокнами вегетативной нервной системы.

Слюноотделительные реакции зависят от механических и химических раздражителей, их интенсивности, характера диеты, взаимоотношения различных ее компонентов, функции глотания, жевания, уровня гастроинтестинальных гормонов. Существует «тесная взаимосвязь слюнной секреции, ее ферментативной активности с функциональным состоянием органов и тканей полости рта, слюнных желез, желудка, гепатобилиарной и эндокринной систем» [1, 2, 4].

Цель. Исследовать функциональное состояние слюнных желез при иммобилизации нижней челюсти при ее переломе.

Материал и методы исследования. Нами изучена функция слюноотделения у больных с переломами нижней челюсти, леченных консервативным методом и имеющих или не имеющих в анамнезе заболевания пищеварительной системы. Обследовано 48 мужчин 18—48 лет (средний возраст — 35 лет) с одно- и двусторонним переломом нижней челюсти. У 22 из них определялось смещение отломков, которое устранено после «ручной репозиции». У 26 больных клиническое течение процесса сопровождалось выраженным отеком, инфильтратом мягких тканей в области перелома, повышением температуры тела до 37,5—38 °С. У 20 пациентов выявлена сопутствующая патология пищеварительной системы.

Все больные по характеру травмы были распределены на 2 группы. 1-ю группу составили 24 больных с односторонним переломом нижней челюсти, 2-ю группу — 24 больных с двусторонним переломом. Больные каждой группы в свою очередь были распределены на 2 подгруппы. В 1А подгруппу входили 14 мужчин с односторонним переломом нижней челюсти без сопутствующей патологии пищеварительной системы; в 1Б подгруппу — 10 больных с таким же переломом, но с патологией пищеварительной системы. 2А подгруппу составило 14 больных с двусторонним переломом нижней челюсти без сопутствующей патологии, 2Б подгруппу — 10 больных с двусторонним переломом нижней челюсти с патологией пищеварительной системы. Всем больным проводили консервативное лечение наложением шин Тигерштедта с межчелюстным вытяжением. Средний срок нетрудоспособности при одностороннем переломе — 21,5 дня, при двустороннем — 29,5 дня. Контролем служили 20 практически здоровых мужчин.

Исследовали в динамике скорость слюноотделения (ССО). Смешанную слюну (СС) собирали утром натощак, до чистки зубов по общепринятому способу, определяли ССО [3].

Результаты исследования. ССО у всех больных в начальные сроки наблюдения существенно снижена по сравнению с контролем. В последующие сроки наблюдения отмечалось повышение ССО, которая на 21-е сутки в подгруппе 1А достигала уровня контроля, в то время как в подгруппах 1Б и 2А этот показатель восстанавливается значительно медленнее. В подгруппе 2Б во все сроки наблюдения отмечалось особенно заметное снижение ССО, что, очевидно, связано с более выраженным влиянием патологической импульсации с

места перелома, а также наличием заболеваний пищеварительной системы, вызвавших висцеро-висцеральную реакцию организма. Гиперсаливацию мы наблюдали только в момент шинирования, т. е. при непосредственном раздражении рецепторов слизистой оболочки полости рта.

Выводы. Наши исследования показали, что иммобилизация нижней челюсти, связанная с ее переломами, оказывает угнетающее влияние на функцию слюнных желез рефлекторным путем. Степень угнетения функции слюнных желез выражена при наличии патологии пищеварительной системы. Это указывает на то, что акт жевания играет важную роль для нормального функционирования всей пищеварительной системы.

Итак, в развитии функциональных нарушений слюнных желез у больных с переломами нижней челюсти, леченных при помощи межчелюстной иммобилизации, основное значение имеют не только полное отсутствие акта жевания изменение качества и количества пищи, но и продолжительность иммобилизации и висцеро-висцеральные реакции организма.

Литература

1. Дударь Л. В., Гусак М. И. // Врач. дело. - 1981,- № 12 - с. 32—34.
2. Коваленко А.Ф.//Стоматология. -1981. -№ 2. - С. 40—43.
3. Леонтьев В.К. // Научные труды Омского медицинского института.- 1975.- Т. 118.- С. 3-6.
4. Леонтьев В. К., Петрович Ю. А. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии. - Омск, 1976. – С.74.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Л.Х. Ордашева - студентка 5 курса стоматологического факультета,

Х.А. Ордашев - доцент

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием
врачей*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Х.А. Ордашев

Актуальность: увеличение числа больных воспалительными заболеваниями в Республике Дагестан, изменение характера течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, появление новых методов диагностики и средств лечения требуют постоянного обновления, обобщения и систематизации знаний в этой области. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области чаще всего бывают одонтогенного происхождения. Число госпитализируемых больных находится в прямой зависимости от уровня постановки

санационной профилактической работы, от возросшей патогенности стафилококковой инфекции, от уровня стоматологической помощи, оказываемой на догоспитальном этапе.

Целью нашего исследования явилось проведение анализа частоты, характера и причин осложнений на хирургическом приеме стоматологических учреждений за последние 5 лет с определением мероприятий по их профилактике.

Материал и методы исследования: проведено изучение архивного материала – 1473 историй болезни больных с наиболее часто встречающимися воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны, острый и хронические остеомиелиты, одонтогенные гаймориты), поступивших на лечение из поликлиник и частных кабинетов в отделение челюстно-лицевой хирургии РКБ за период 2018-2022 гг., что составило 22,1% от общего числа госпитализированных и пролеченных за этот период больных. Возраст пациентов - от 18 до 77 лет. Среди поступивших большую группу составляют сельские жители – 692 пациента (47% от числа всех поступивших).

Пациентов госпитализировали со следующими диагнозами: постинъекционные абсцессы и флегмоны, луночковые кровотечения, острые и хронические остеомиелиты челюстей, запущенные одонтогенные абсцессы и флегмоны, гаймориты с перфорацией дна пазухи. Расхождение диагнозов направившего учреждения и окончательного клинического составило 252 случая, что составляет 17% от числа всех поступивших.

Результаты исследования: среди больных достаточно большой процент ($\approx$ до 40%) составляют пациенты с запущенными одонтогенными абсцессами и флегмонами в связи с неадекватным затяжным консервативным лечением острого периодонтита и периостита, с некачественным вскрытием очага или без вскрытия.

В группе больных с ограниченным или диффузным остеомиелитом челюстей (около 35%) также отмечалось: несвоевременно проведенная периостотомия, поздние сроки удаления причинного зуба, небольшие дозы антибиотиков и т.п.

В группе больных с одонтогенными гайморитами ($\approx$ 10%) число пациентов с перфорацией дна гайморовой пазухи при травматичном удалении верхних моляров увеличивается.

Количественные показатели госпитализации больных в отделение челюстно-лицевой хирургии РКБ по нозологическим формам приведены в таблице 1.

Таблица 1. Количество поступивших больных за период 2018 – 2022 гг.

Нозологическая форма	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	Всего

1. Абсцессы, флегмоны	131	142	103	126	175	677
2. Острый остеомиелит	68	50	79	55	68	320
3. Хронический остеомиелит	81	75	72	50	55	333
4. Одонтогенный гайморит	38	21	23	26	35	143
Всего:	318	288	277	257	333	1473

Выводы: основываясь на данных проведенного анализа, мы систематизировали следующие выводы:

1) На поликлиническом этапе врачи стоматологических учреждений широко используют современные обезболивающие средства.

2) Несмотря на расширение сети стоматологических учреждений, увеличение числа санированных пациентов, за последние 5 лет не отмечено снижение общего числа больных, поступающих в стационар из поликлиник.

3) Госпитализация больных с осложнениями после удаления зуба происходит в основном из отдельных учреждений частного сектора, где оперативное лечение проводят врачи без должной хирургической подготовки. Из хирургических кабинетов крупных стоматологических поликлиник, где прием осуществляется высококвалифицированными стоматологами-хирургами, сохраняя тесную преемственность со стационаром, больные поступают редко.

4) Отдельную группу больных с запущенными одонтогенными воспалительными процессами составляют жители сельской местности, несвоевременно обращающиеся к специалистам для проведения своевременной санации полости рта.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ И НЕСТИМУЛИРОВАННОЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ

М.К. Абдухалилов – студент 405 группы стоматологического факультета ДГМУ
Кафедра пропедевтической стоматологии

Андижанского государственного медицинского института,

Андижан, Республика Узбекистан

Научный руководитель - заведующая кафедрой З.К. Хакимова

Актуальность. Врожденные расщелины верхней губы и нёба являются одним из наиболее распространенных пороков развития лица и челюстей. Данная патология была изучена отечественными и зарубежными специалистами. При всем совершенстве современных методик уранопластики после ее проведения удельный вес осложнений колеблется от 1,8 до 53,4 % (). Разнообразный характер послеоперационных осложнений - наличие ВД или ОД исключает стандартный подход к ее устранению, обуславливает определенные трудности индивидуального корригирующего лечения, в результате чего его планирование все еще не получает четкого обоснования. Данное обстоятельство послужило поводом проведения нашего исследования.

Цель. Целью нашего исследования явилось: повышение эффективности и профилактики развития послеоперационных осложнений и остаточных дефектов после уранопластики у детей с врождённой расщелиной губы и неба.

Материал и методы исследования. В нашей научной работе изучены результаты комплексного обследования и лечения 119 больных. Для решения поставленной цели исследуемые были распределены на следующие 3 группы: – 1 группа (основная) -82 детей с НГН, 2 группа (сравнения)-23 детей с ВРГН без осложнений уранопластики, 3 группа (контрольная) - 14 детей без патологии.

В качестве основной группы нами обследованы и изучены отдаленные результаты больных после уранопластики у 59 пациентов с ВРГН сопровождающейся с ВД и ОД неба, находящихся в диспансерном наблюдении в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ и Андижанского областного многопрофильного детского центра, которым была проведена реконструктивные операции. Ретроспективный анализ историй болезни указывает на то, что детям с ВРГН при проведении первичной уранопластики в большинстве случаев пластику дефекта в области альвеолярного отростка не проводили из-за нехватки материала, а закрытие носоротового соустья однослойным лоскутом с края расщелины (Знаменский, Кабаков) часто приводит к расхождению швов и образованию вторичных дефектов. Поэтому, как видно из таблицы, у 45 % пациентов наблюдаются остаточные дефекты в области альвеолярного отростка.

Обсуждение результатов. Анализ частоты ВД и ОД показывает, что во всех исследуемых группах их количество имеет тенденцию к увеличению с нарастанием тяжести порока и нарушением соматического статуса в предоперационном периоде. Так, наибольшее количество ВД выявлено у 44 больных (74,1%) со сквозной расщелиной губы и неба (ВРГН 1 и ВРГН 2), соответственно наименьшее количество у 15 больных (25,9%) с ВРН.

Своевременное и правильное выполнение первого этапа хирургического лечения определяет успех реабилитации пациентов с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба, предупреждает развитие ВД и ОД..

Учитывая это обстоятельство нами разработан метод первичной хейлопериостопластики. При проведении первичной хейлопериостопластики предлагаемым способом создается полноценное преддверие полости рта, закрывается рото-носовое соустье, что дает возможность нормального развития денто-альвеолярной дуги и начала раннего ортодонтического лечения, сокращается этап хирургического лечения.

В последнее время доказано, что одним из факторов, влияющих на заживление ран, является клеточное взаимодействие и адекватная работа клеток и цитокинов. Следовательно, регенерация тканей ротовой полости зависит от адекватной клеточной кооперации.

Проведенные нами исследования состояния цитокиновой системы крови у пациентов с ВД и ОД после уранопластики позволил обнаружить определенные особенности цитокинового профиля крови. По результатам наших исследований отмечается повышение в крови концентраций ИЛ-1а у пациентов 1 и 2 –й основных группах в среднем в 1,29 и 1,66 раза, а ИЛ-6 в 1,2 и 4,9 раза соответственно по сравнению с показателями здоровых лиц. Кроме того, по результатам наших исследований отмечается повышение в крови концентраций также ИЛ-8 у пациентов 1 и 2 –й основных группах в среднем в 1,49 и 3,61 раза по сравнению с показателями здоровых лиц.

Цитокиновый профиль сыворотки крови и ротовой жидкости у детей с ВД и ОД после уранопластики

Показатель	I- группа (сравн) (n=18)	II- группа (основн) (n=59)	III- группа (контроль(n=14))
Сыворотка крови			
ИЛ-1, пг/мл	6,85±0,54	8,81±0,61*	5,29±0,38
ИЛ-6, пг/мл	5,34±0,4	19,87±0,72*	4,05±0,31
ИЛ-8, пг/мл	2,60±0,24	6,28±0,53*	1,74±0,13
ТНФ-а, пг/мл	2,45±0,22	20,99±1,28*	1,89±0,15
ТФР-р, пг/мл	4,01±0,26	4,96±0,35*	3,71±0,26
Ротовая жидкость			
ИЛ-1, пг/мл	120,05±9,62	25,12±2,52*	139,72±20,05
ИЛ-6, пг/мл	55,86±4,03	22,59±7,93*	41,58±3,69
ИЛ-8, пг/мл	47,55±3,31	16,94±9,98*	39,87±3,53
ТНФ -а, пг/мл	2,02±6,84	0,29±6,07*	1,54±0,11
ТФР-р, пг/мл	2,82±0,36	1,54±0,37*	3,68±0,27

Примечание: *- достоверность различий $P < 0,05$ относительно групп сравнения

Следующей задачей нашего исследования явилось изучение уровня цитокинов в ротовой жидкости у пациентов с ВД и ОД после уранопластики (Рис.10). Как видно из представленных результатов исследований ВД и ОД после уранопластики приводят к дисбалансу уровня IL -1 в ротовой жидкости. Результаты исследования концентрации IL -6 в ротовой жидкости пациентов с ВД и ОД показали аналогичную картину. Возрастание уровня IL-6 в ротовой жидкости у пациентов с ВД и ОД, с одной стороны, способствует в развитии воспалительного процесса инфекционно-аллергической природы, а с другой - обуславливает развитие комплекса защитно-приспособительных реакций за счет активации специфических и неспецифических механизмов резистентности.

Выводы. Таким образом, в результате биохимического исследования было выявлено повышение концентрации провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у пациентов с ВД и ОД после уранопластики. Полученные данные свидетельствуют об угнетение защитных факторов иммунной системы. На наш взгляд мониторинг динамики изменения их содержания в крови у пациентов с ВД и ОД можно использовать как одним из объективных критерий риска развития воспалительных процессов. На основании корреляции данных исследования крови и ротовой жидкости разработана математическая модель прогнозирования развития ВД и ОД после уранопластики, на что получено свидетельство.

Результаты комплексного биохимического исследования параметров крови и слюны у пациентов с ВД и ОД после уранопластики указывают на необходимость их медикаментозной коррекции, т.е. необходимость предоперационной медикаментозной подготовки пациентов. На наш взгляд необходимо назначит препарат, который обладает фибринолитическим, ангиопротективным, гиполипидемическим, антикоагулянтным, антиадгезивным, антитромботическим действием

Сравнительный анализ результатов исследования не стимулированной ротовой жидкости показал на снижение уровня провоспалительных цитокинов в слюне у обследуемых пациентов с ВД и ОД неба после уранопластики после предлагаемого комплекса лечения (таб.9).

Резко положительный сдвиг показателей наблюдался при сравнении результатов TNF α по отношению к традиционному лечению 57,8%, по отношению к группе сравнения на 22,5%. Так, уровень IL α -1и IL 2 не стимулированной ротовой жидкости основной группы снизилось в среднем на 38,1% и 16,5% относительно показателей группы сравнения, уровень IL 6 и IL 8 снизилось в среднем на 35,9% и 43,8% соответственно.

Почти аналогичный положительный сдвиг показателей наблюдался при сравнении результатов исследования крови, отмечалась снижение уровня провоспалительных цитокинов в крови у обследуемых пациентов с ВД и ОД неба после уранопластики после предлагаемого комплекса лечения.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета,

М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

После разрушения зубодесневого соединения обнажается цемент корня зуба, в котором довольно часто возникает кариозный процесс (В.А. Зыбин, И.Ю. Кострицкий, 2012). К сожалению, особенности течения и лечения кариеса цемента изучены недостаточно. Тем не менее, эти вопросы приобретают все большую актуальность в связи с резким увеличением лиц старших возрастных групп, которые часто страдают заболеваниями пародонта.

Целью настоящей работы явилась разработка наиболее оптимальных методов лечения кариеса корня зуба у больных хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы исследования. Кариозные повреждения цемента выявляли обычным стоматологическим обследованием 94 больных, у которых диагностировали 228 полостей корней зубов. Так как эти поражения не укладываются в существующие топографические классификации кариеса коронки зуба, нами была разработана классификация кариеса цемента. В зависимости от локализации и методики препарирования, кариозные дефекты подразделяли на три класса. К первому классу относили полости, расположенные на контактных поверхностях корней премоляров и моляров. Ко второму — дефекты, локализующиеся на контактных поверхностях резцов и клыков. К третьему классу — полости на вестибулярной и оральной поверхностях корней фронтальных и боковых зубов. Для лечения кариеса корня применяли вкладки и пломбы. Изготовлено вкладок из фарфора — 45, пломб из Degufill-H - 38, Charisma-F - 50, Valux TM Plus – 95.

Отдаленные результаты лечения определяли через 12 месяцев. Состояние вкладок и пломб оценивали по анатомической форме, краевому прилеганию, соответствию цвета, его изменению по наружному краю вкладки или пломбы, рецидивному кариесу (К.В. Комарова, В.К. Поленичкин, Н.Н. Раткина, 2012).

Вкладками восстанавливали дефекты глубиной не менее 1 мм. распространяющиеся на одну, реже — две поверхности зуба.

Оперативной обработке полостей в зубах с живой пульпой предшествовало обезболивание общепринятыми в терапевтической стоматологии методами.

Препарирование предусматривало создание полости, позволяющей свободно извлекать из нее восковую репродукцию и вводить готовую вкладку только в одном направлении. Глубина сформированной полости составляла не менее 1,5 мм, стенки формировали слегка дивергирующими с устойчивыми краями, а дно - параллельным поверхности зуба. Если из-за близости корневой пульпы невозможно было придать дну необходимую форму, его моделировали фосфатным цементом. С целью предупреждения вторичного кариеса проводили превентивное расширение полости до эмали, включая анатомическую шейку, а также за счет пигментированного цемента близ краев полости. Десневую стенку располагали на расстоянии 1-2 мм под или над десневым краем. В итоге полость имела ассиметричную форму, что позволяло легко ориентироваться при припасовке и фиксации вкладки. При подготовке полости под фарфоровую вкладку углы между дном и стенками закругляли, а их края оставляли прямыми. В полостях для металлических вкладок вершины линейных углов всегда формировали четко выраженными. Необходимости в скосе не было, так как вкладки не испытывают прямого давления зубов-антагонистов.

Формирование полостей имеет свои особенности в зависимости от локализации. При свободном доступе к полости первого класса ее создавали овальной формы в пределах одной поверхности. При плотном контакте с соседним зубом доступ к кариозной полости осуществляли через оральную поверхность зуба. Основная полость формировалась на контактной, дополнительная - на оральной поверхности корня зуба. Придесневая и жевательная стенки основной полости создавались слегка дивергирующими по направлению к дополнительной площадке. Дно основной площадки без резкой границы под тупым углом переходило в дно дополнительной площадки. При комбинированном повреждении эмали и цемента препарирование начинали с плоскостного среза, затем на контактной поверхности зуба формировали основную полость, а на жевательной - дополнительную площадку. При сочетанном поражении контактной и щечной поверхности препарирование кариозной полости проводили со стороны вестибулярной поверхности. На ней же создавали дополнительную площадку,

При хорошем доступе полость второго класса формировали в виде овала в границах одной контактной поверхности. Когда доступ к кариозной полости был затруднен, оперативная обработка предусматривала создание основной и дополнительной полостей. Основную полость формировали в очаге поражения, слегка расширяя в сторону дополнительной площадки, которую располагали на оральной поверхности корня зуба. Дно основной полости формировали плоским, переходящим под тупым углом в выпуклое дно фиксирующей площадки, При распространении

патологического процесса на эмаль доступ к полости осуществляли с оральной поверхности зуба. Основную полость формировали на контактной поверхности коронковой и корневой части зуба, дополнительную - на оральной поверхности корня зуба. Переход дна основной полости в дно дополнительной создали под тупым углом. Если кариозный процесс захватывал контактную и губную поверхности корня зуба, формирование основной полости проводили со стороны вестибулярной поверхности. Здесь же создавали дополнительную площадку с выпуклым дном, которое без резких границ переходило в плоское дно основной полости.

Форма полости третьего класса зависит от анатомической группы зуба и локализации очага повреждения. В дефектах однокорневых зубов, вторых премолярах верхней челюсти и корнях моляров полости формировали с выпуклым дном в виде эллипса или овала. При расположении кариозного процесса в молярах между эмалево-цементной границей и бифуркацией дно в центральной части полости вблизи десневой стенки создавали вогнутым. В медиальной и дистальной - выпуклым. Полученная форма дна повторяла конфигурацию корневой поверхности зуба и давала возможность формировать четкие углы между дном и стенками полости.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ отдаленных результатов показал, что удовлетворительное состояние вкладок выявлено в 29 (69,5%) случаях, пломб - в 166 (89,1%) случаях, что достоверно подтверждает более высокую эффективность пломб ($p < 0,01$). Из всех пломбировочных материалов наиболее оптимальной оказалась Valux TM Plus. Достоверного отличия в качестве пломб из Degufill-H, Charisma-F, Valux TM Plus не выявлено ($p > 0,05$). Причинами неудач при восстановлении кариозных дефектов вкладками оказались их выпадение, нарушение краевого прилегания, изредка - рецидивный кариес. По указанным критериям неудовлетворительное состояние пломб определялось значительно меньше, чем у вкладок ($p < 0,01$). В случаях неудовлетворительного состояния пломб, выявлено отличие цвета пломб от окружающих тканей зуба и изменение цвета по наружному краю пломб.

Выводы. Таким образом, целесообразность предложенной классификации кариеса цемента корня зуба очевидна. Особенности препарирования полостей обусловлены анатомической группой зубов, локализацией дефектов на их поверхности, глубиной и распространенностью патологического процесса. Простота, низкая трудоемкость и высокая клиническая эффективность восстановления кариозных дефектов корня пломбами в отличие от вкладок, позволяет считать их применение наиболее целесообразным при лечении кариеса корня зуба у больных хроническим

генерализованным пародонтитом. Полученные результаты позволяют рекомендовать широкое применение предложенного метода в клинической практике.

**ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**
М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета,
М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

Актуальность. Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) представляет серьезную проблему современной стоматологии ввиду неуклонного роста заболеваемости, которая, по данным ряда авторов, достигает от 20 до 65% (Булкина Н.В., Мелешина О.В., Ломакина Д.О., 2011; Letsinger J.A., McCarty M.A., Jorizzo J.L., 2005; Chattopadhyay A., Chatterjee S., 2007; Toche P.P., Salinas L.J., Guzmán M.A., 2007).

Заболевание протекает волнообразно и характеризуется рецидивами эрозивно-язвенных процессов. В связи с выраженным болевым синдромом происходит расстройство актов жевания и разговора, нарушаются полноценное питание, профессиональную и социальную деятельность и в конечном итоге резко снижается качество жизни пациентов.

При тяжёлой форме заболевание становится более агрессивным и часто принимает перманентный характер.

Несмотря на неоднократные исследования, которые посвящались изучению РАС, проблема всё ещё не решена, так как существует множество экзогенных и эндогенных факторов появления и развития данного заболевания.

Цель исследования: оценить особенности и структуру заболеваемости РАС взрослого населения Республики Дагестан в связи с влиянием природно-антропогенных факторов риска в сельской местности.

Материалы и методы. Исследование основано на данных обследования больных РАС, поступивших в Республиканскую стоматологическую поликлинику МЗ РД. В разработку вошли 121 человек, обратившихся за стоматологической помощью в 2010—2012 гг. Средний возраст которых составил ($M \pm t$) $44,1 \pm 0,97$ года. Из них мужчин было 52,4%, женщин — 47,6%. Из 121 больного 53 человека (43,8%) — жители городов и 68 человек (56,2%) — жители сельской местности (с/м).

Средний возраст обследованных городских жителей составил $45,0 \pm 1,24$ года. В структуре обследованных мужчины составили 46,8%, женщины — 53,2%.

Сельскую местность с учетом природно-климатических условий разделили на экологические зоны (ЭЗ): равнинную, предгорную и горную.

Из обследованных жителей сельской местности 50% были жителями равнинной ЭЗ, 33,8% — предгорной и 16,2% — горной ЭЗ.

Средний возраст обследованных больных из сельской местности составил $42,6 \pm 1,54$ года. По равнинной ЭЗ — $42,0 \pm 3,02$; по предгорной — $43,7 \pm 2,67$; по горной — $42,6 \pm 2,30$ года. Различие по возрасту между ЭЗ статистически не значимо ($p > 0,05$).

Среди обследованных жителей сельской местности мужчины составили 61,7%, женщины — 38,3%. По равнинной ЭЗ мужчины составили 66,7%, женщины — 33,3%, по предгорной ЭЗ — 56,5% и 43,48%, по горной ЭЗ — 61,7% и 38,3%. Различие распределения обследованных по полу между ЭЗ по критерию хи-квадрат так же статистически не значимо ($p = 0,747$).

Обследованные больные различались по национальному составу, что объясняется наличием моноэтнических административных районов в сельской местности РД и различным этническим составом населения равнинной, предгорной и горной ЭЗ.

Среди больных городских жителей преобладали аварский (31,0%) и лакский (19,4%) этносы. Среди больных из сельской местности по равнинной ЭЗ преобладали лезгинский (35,7%) и кумыкский этносы (21,4%), по предгорной — даргинский (40,9%) и аварский (27,3%), по горной ЭЗ — аварский (60,0%) и даргинский (35,0%) этносы.

Вычисляли частоту заболевания РАС у обследованных больных по городам и экологическим зонам сельской местности РД. Различие между показателями оценивали по критерию Стьюдента, также с предварительным преобразованием их по Фишеру и учетом поправки Бонферрони при множественных сравнениях.

Результаты исследования и их обсуждение. Первое место по частоте клинических форм РАС занял его лёгкая форма — 91,7%. Средний возраст больных легкой формой РАС составил $37,8 \pm 1,15$ лет: мужчин было 58,6%, жен-щин 41,4%. При этом легкая форма РАС среди больных из сельской местности встречалась в 1,3 раза чаще ($p = 0,056$), чем среди больных, проживающих в городах: 55.9% против 44.1 %.

Легкая форма РАС по равнинной ЭЗ встречалась примерно у половины обследованных в сельской местности больных — 48,4%, и более чем у трети больных этой территории по горной ЭЗ — 35,9%. По предгорной ЭЗ сельской местности частота легкой формы РАС находилась на уровне 16,1%. Различия между показателями по ЭЗ сельской местности с учетом поправки Бонферрони статистически не значимы ($p > 0,05$).

Афты Сеттона — тяжелая форма РАС — были отмечены у 8,3% больных. Средний возраст их составил $36,8 \pm 3,91$ года; мужчин было 66,7%, женщин 33,3%. У больных из сельской местности афты Сеттона встречались в 1,2 раза чаще, чем у больных из городов: 8,8% против 7,6%, однако различие статистически не значимо ($p = 0,671$).

Наибольшие показатели частоты афт Сеттона отмечены по равнинной ЭЗ — 11,8%, что в 2,8 раза больше, чем по горной ЭЗ — 4,7%, ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, по Республике Дагестан в структуре рецидивирующего афтозного стоматита преобладает легкая его форма, на втором месте — тяжёлая форма (афты Сеттона); такая структура болезни характерна как для городов, так и для сельской местности, особенно на равнине и в горах. Показатели частоты различных клинических форм РАС по городам и ЭЗ сельской местности колебались, иногда кратно.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У БОЛЬНЫХ ГЛОССАЛГИЕЙ

М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета,

М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

Актуальность. Наряду с алгопарестетическим синдромом, определяющим клинику глоссалгии, важное значение имеют разнообразные вегетативно-трофические изменения слизистой оболочки рта. Однако, в настоящее время отсутствует единое мнение о причинах их возникновения. Ряд авторов (В.В. Миронова, Н.Н. Соломатина, 2015, М.Ю. Максимова, Е.Т. Суанова, Н.А. Синева, Н.П. Водопьянов, 2012) предполагает, что патологические изменения слизистой оболочки рта являются одним из проявлений глоссалгии. Другие (О.А. Злобина, А.А. Бабинцева, 2014) связывают это состояние слизистой с имеющимися у больных глоссалгией соматическими заболеваниями. Некоторые исследователи (И.К. Луцкая, В.А. Кульчинский, И.Г. Чухрай, 2000; С.-С.З. Хубаев, 2014) считают, что при болевых и парестетических ощущениях в полости рта, изменение слизистой оболочки не возникает.

Цель исследования: уточнение значения состояния слизистой оболочки рта в возникновении и течении глоссалгии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели нами было обследовано 42 больных глоссалгией в возрасте от 38 до 69 лет. Из них женщин было 26, мужчин - 16.

Глоссалгия возникала на фоне заболеваний пищеварительной системы у 18 больных, сердечно-сосудистой - у 13 больных, нервной - у 4, эндокринной - у 3, на фоне стоматологических заболеваний - у 4 больных.

Наряду с клиническим обследованием, больным проводилась стоматоскопия.

Результаты исследования. Следует отметить преимущественную выраженность субъективных жалоб при минимальных объективных симптомах заболевания. Так, у 10

(23,8%) больных вегетативно-трофические расстройства нами не были обнаружены. У 33 (79,6%) больных имелись различной степени выраженности морфологические изменения слизистой оболочки рта. Они обладали полиморфизмом, нередко сочетались друг с другом и во многом усугубляли страдания больных. Отечность языка, проявляющаяся наличием выраженных отпечатков зубов на его боковых поверхностях, наблюдалась у 21 (50%) больных, в меньшей степени отмечалась отечность слизистой оболочки щек - 14 (33,3%) больных. Бледная, анемичная слизистая оболочка рта обнаружена у 12 (28,8%) больных. Складчатость языка отмечена у 24 (57,1%) больных, десквамация его эпителия - у 5 (11,9%), гипертрофия или атрофия нитевидных сосочков - у 10 (23,8%) больных. Гипертрофия листовидных сосочков была выявлена у 4 (9,5%) больных. У 13 (30,9%) больных язык был покрыт белым, реже серым налетом. У 30 (71,4%) больных обнаружено усиление сосудистого рисунка на вестибулярной поверхности языка, которое проявлялось более поверхностным расположением вен с наличием участков расширения и извитости. Отмеченные выше морфологические изменения слизистой оболочки рта у 35 (83,3%) больных усугублялись расстройствами слюноотделения, чаще в виде гипосаливаций, реже гиперсаливаций. При этом не всегда отмечалось соответствие субъективно воспринимаемой больными сухости или повышенного слюноотделения с обнаруженными при исследовании расстройствами.

Нами обнаружена определенная зависимость выявленных вегетативно-трофических изменений слизистой рта от возраста, этиологических факторов, длительности и тяжести глоссалгии. Отсутствие вегетативно-трофических нарушений слизистой оболочки рта чаще наблюдалось у больных молодого возраста в начальной стадии заболевания, а также у больных с незначительными болевыми ощущениями.

Наибольшая выраженность изменений слизистой оболочки рта проявлялась у больных глоссалгией с длительным и интенсивным алгопарестетическим синдромом, частыми обострениями, особенно в пожилом возрасте.

Необходимо отметить, что при положительной динамике в лечении, а также в период длительной ремиссии заболевания, проявления вегетативно-трофических нарушений слизистой регрессировали.

У больных глоссалгией, возникшей на фоне патологии пищеварительной системы, морфологические изменения слизистой чаще проявлялись в виде налета на спинке языка, гипертрофией или атрофией вкусовых сосочков, десквамацией эпителия. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы часто наблюдалась отечность слизистой оболочки рта, атрофия сосочков, усиление сосудистого рисунка с явлениями венозного застоя. В тех случаях, где глоссалгия возникла при поражении нервной системы, обычно отмечались отечность и анемия слизистой. Гипертрофия сосочков

возникала вследствие хронической травмы языка. Большинство больных глоссалгией концентрировало внимание на имеющихся морфологических изменениях слизистой оболочки рта. Они постоянно разглядывали язык в зеркало, неправильно трактуя его анатомическое строение. При этом у них формировалось неправильное понимание «внутренней картины» болезни, складки слизистой языка воспринимались как «трещины», гипертрофированные сосочки - как развивающаяся опухоль, участки десквамации - как язвы.

Выводы. Полученные нами данные позволяют считать, что изменения слизистой оболочки рта не являются специфическими симптомами, характерными для глоссалгии, а обусловлены расстройством местной регуляции вегетативной нервной системы. Подобные вегетативные нарушения характерны и для других заболеваний нервной системы лица — невротий тройничного, языкоглоточного и лицевого нервов.

Выраженность этих проявлений зависит от длительности и тяжести течения глоссалгии, возраста больных и наличия соматических заболеваний.

Оценка состояния слизистой оболочки рта у больных глоссалгией имеет важное значение для назначения адекватных методов лечения. С целью устранения местных травмирующих факторов проводилась санация полости рта, сошлифовывание острых краев зубов, рациональное протезирование. Больным назначались препараты, способствующие регенерации эпителия пораженных участков слизистой оболочки рта (парентерально вводились растворы цианкоболамина, пиридоксина, тиамина бромид, рибофлавина мононуклеида, никотиновой кислоты; внутрь назначался кальций пантотенат; местное проводилась аппликация масляным раствором ретинола, облепихи, маслом шиповника).

В комплексное лечение включались психотерапевтические методы, направленные на построение правильной «внутренней картины болезни» и уменьшение тревожно-фобических расстройств.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГУБ

М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета,

М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

Актуальность. До сих пор остается наиболее распространенным вирусным заболеванием является простой герпес (herpes simplex), который поражает слизистую оболочку

губ, щек, небные дужки и другие области. Заболевание - хроническое, с рецидивами, передающееся контактным путем. Выявлено два основных штамма данного вируса: один HSV-1, вызывает «лихорадку» на губах, а другой, HSV-2, проявляется болезненными высыпаниями в виде пузырьков на коже и слизистых оболочках. Обычно пузырьки появляются на 2-12-й день после заражения.

По данным ВОЗ герпес вирусами инфицировано от 90 до 100% людей. Обычно заболевания имеет сезонность и зависит от метеорологических факторов. Вирус может активироваться под влиянием эмоционального стресса, физических травм, гормональных нарушений, переохлаждения и других заболеваний.

Цель работы: оценить эффективность применения отечественного препарата геля «Панавир» в комплексном лечении больных с хроническим рецидивирующим герпетическим поражением губ.

Материалы методы. Нами включено в комплексное лечение герпетического поражения губ гель «Панавир». Панавир - это растительный противовирусный препарат Российского производства, обладающий широким спектром антивирусной активности. В основе состава лекарственного средства - биологически активные полисахариды, выделенные из побегов растения Паслен клубненосный.

Лечение проведено 19 больным в возрасте от 18 до 60 лет с хроническим рецидивирующим герпетическим поражением губ. Наиболее часто поражения локализовались на верхней губе, крыльях носа, реже на нижней губе. Обострения заболевания наблюдались в осенне-весенний период (в ноябре, марте месяцах).

Параллельно назначались противовирусные препараты (ацикловир гексал, герпевир, фенистил пенцивир и др.) внутрь больным с хроническим герпетическим поражением губ и местно наносился гель «Панавир» полоской длиной 0,5 см на пораженную область три раза в день на протяжении 5 дней.

Результаты исследования. Применение геля «Панавир» в комплексе с назначением противовирусной терапии при герпетическом поражении губ оказывало не только анальгезирующий эффект, но и обладало противовоспалительным и ранозаживляющими свойствами, что сокращало сроки заживления. Результаты прямо зависели от сроков применения геля, чем раньше начали лечение, тем скорее происходит процесс регенерации. Гель «Панавир» хорошо переносится пациентами и не вызывает побочных эффектов.

Вывод. Гель «Панавир» является эффективным лекарственным препаратом для местного применения, обладающего противовирусным и ранозаживляющим действиями, и рекомендуется его широкое использование при лечении больных хроническим рецидивирующим герпетическим поражением губ.

ДЕОНТОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л.Х. Ордашева - студентка 5-го курса стоматологического факультета

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием
врачей*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Х.А. Ордашев

Полноценное лечение стоматологических хирургических больных возможно лишь при сочетании строгого соблюдения медицинской деонтологии и своевременно проведенного специализированного лечения. В этой связи на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии большое внимание уделяется обучению вопросам деонтологии студентов, субординаторов и ординаторов. Разработано специальное семинарское занятие. Вопросы деонтологии включены в экзаменационные билеты и тесты.

Важное место отводится на первых же практических занятиях вопросам взаимоотношения врача, среднего медицинского персонала и студентов с больными. Подчеркивается о необходимости уважительного, доброжелательного и корректного отношения со стороны медицинского персонала и студентов к больному во время приема, обследования и лечения его. Подчеркивается о необходимости уважительного, доброжелательного и корректного отношения со стороны медицинского персонала и студентов к больному во время приема, обследования и лечения его. На прием к хирургу-стоматологу идет больной обычно со страхом, измученный болями и неустойчивой психикой. Медицинская сестра вежливым и тактичным обращением должна пригласить больного в хирургический кабинет и усадить в зубо врачебное кресло. Преподаватель (или врач) обязан успокоить больного и спокойно выслушать жалобы его и собирать анамнез в мягком и благожелательном тоне. Слушать больного нужно внимательно, не прерывая его неуместными замечаниями. Во время больного в хирургическом кабинете все, даже рабочие разговоры, должны быть сокращены до минимума. Недопустимы разговоры (между врачом, сестрами и студентами) на деловые и частные темы, раздражительные замечания и упреки.

Мануальное, инструментальное обследование и хирургическое вмешательство должно проводиться безболезненно с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Перед хирургическим вмешательством врач обязан производить анестезию, которая обеспечивает полную аналгезию во время операции. С большим сожалением вынуждены отметить, что нередко из хирургических стоматологических кабинетов во время операции удаления зуба слышатся крики и стоны пациентов от причиняемой врачом боли. Этот факт заслуживает особого внимания и свидетельствует не только о некомпетентности хирурга-стоматолога по разделу обезболивания челюстно-лицевой области, но и низкой медицинской этике, так как

врач, обязанный уменьшить страдания больного от боли, еще больше их усугубляет. Испытанная боль больным во время операции оставляет у больного чувство страха и досады на стоматологию на всю жизнь. В то же время следует отметить, что технически правильно произведенная анестезия может обеспечить полное обезболивание во время операции удаления зуба. И эту мысль студентам должен внушить преподаватель постоянно на каждом практическом занятии в хирургическом стоматологическом кабинете. Вместе с тем, преподаватель должен довести до сведения студентов, что хирурги-стоматологи высокой квалификации и медицинской этики пользуются глубоким уважением и вниманием у больных.

Отрицательно сказывается также на психике больного и следует считать не этичным одновременный прием двух и более больных в одном хирургическом кабинете, страх и беспокойное поведение одного больного передается другому, усиливая у него отрицательные эмоции и гемодинамические нарушения.

Оперативное вмешательство врач должен выполнять быстро и с нанесением минимальной операционной травмы, чтобы предупредить развитие послеоперационных осложнений.

Во время операций целесообразно исключить из употребления травмирующие психику больного слова (скальпель, разрез, долото и т.д.) и раздражительные замечания в адрес помощников. Реплики в адрес последних должны иметь психотерапевтический характер («Как хорошо Вы мне помогаете!»), а в адрес больного ободряющими («Вы молодец!», «Вот и прекрасно, операция заканчивается» и т.д.).

Если больной подвергается операции, после которой повторные посещения к хирургу-стоматологу не требуется, то ему следует дать наставления, как вести себя в послеоперационном периоде и при необходимости явиться немедленно к врачу при возникновении первых признаков осложнений. Если больной нуждается в повторном посещении, то ему подробно объясняют дату и время приема.

Только личным примером, своими поступками и образом мышления преподаватель, врач, хирург-стоматолог может воспитывать, развивать и упрочить эти стороны медицинской деонтологии у будущих стоматологов.

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

БОЛЕЗНЬ МОЯ-МОЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

П.З. Ибрагимова - клинический ординатор, З.М. Рамазанова – ассистент

Кафедра педиатрии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.И. Израилов.

Актуальность. Болезнь Моя-моя - это редкое хроническое прогрессирующее заболевание сосудов головного мозга. Впервые оно было описано японскими исследователями К. Takeuchi и К. Shimizu в 1957 г., а термин «болезнь моя-моя» был введен в клиническую практику в 1967 г. Название болезни произошло от японского моуатоа - «клубок дыма», что соответствует специфической ангиографической картине. В основе патологического процесса при болезни моя-моя лежит постепенная окклюзия сосудов головного мозга преимущественно во внутричерепных сегментах внутренних сонных, начальных отделах передних мозговых и средних мозговых артерий (СМА), которая характеризуется медленным и прогрессирующим течением. На основании головного мозга формируется сеть коллатеральных сосудов, которая на ангиограммах создает впечатление легкой дымки.

Цель: продемонстрировать трудности клинической и лабораторно-инструментальной диагностики болезни Моя-моя.

Задачи: анализ клинического случая пациента с болезнью Моя-моя, оценка результатов клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования, катamnестических данных и эффективности проведенной терапии.

Материал и методы исследования: курация пациента, изучение данных проведенных методов обследования и катamnестических данных.

Представляем клинический случай болезни Моя-моя у ребенка 2 лет.

Ребенок, **М. 13.07.2021 г.р.**, госпитализирован в отделение нейрохирургии ДРКБ им. Н.М.Кураева с диагнозом: Ангиопатия Мойя-мойя, IV стадии по Suzuki, аневризма М1 сегмента правой СМА, III тип по Matsushima. Восстановительный период ОНМК по ишемическому типу в бассейнах левой ПМА, СМА, ЗМА от 06.10.21 г. Субдуральные скопления с двух сторон на фоне атрофии головного мозга. Генетический риск развития тромбофилии.

Жалобы: судорожные подергивания, повышение температуры тела. Ребенок доставлен в приемный покой ДРКБ по прилету из Федерального центра нейрохирургии г. Новосибирск, где получал лечение в нейрохирургическом отделении №1 (детское).

Анамнез болезни: в 1 мес. при плановом УЗИ головного мозга диагностирована

ангиопатия, с рождения наблюдались судорожные подергивания, нарастающие со временем, косоглазие и отставание в физическом развитии. С 19.09 - 23.09.21гг..(в возрасте 2 мес. жизни) находился в Каспийской ЦГБ с ДЗ : ППЦНС, гипертензионный синдром, судорожный синдром, назначена противосудорожная терапия (паглюферал), дексаметазон, диакарб, витамины группы В, глицин, магнезия, без эффекта. В возрасте 4 месяцев жизни госпитализирован в ФЦН г. Новосибирск, где находился с 23.11. - 17.12. 2021 г.

Операции: 26.11.21 г. Селективная церебральная ангиография. Послеоперационный период гладкий. Выявлены показания к оперативному лечению.

29.11.21 г. Костно-пластическая краниотомия в лобно-теменной области, создание ЭИКМА между теменной ветвью левой СМА, создание энцефалодуромиопериостосинангиоза. Послеоперационное течение: в раннем послеоперационном периоде отмечено резкое ухудшение состояния, диагностирована острая субдуральная гематома в зоне оперативного вмешательства. **29.11.21 г.** Ревизия послеоперационной раны, удаление подкожной, субдуральной гематомы.

В отделении получил лечение: Антибактериальная терапия (меропенем), противогрибковая терапия (флуконазол), пробиотики, анальгетики, дезагрегатная терапия (ацетилсалициловая кислота 10 мг 1 раз в день); противоэpileптическая терапия (вальпроиевая кислота+леветирацетам).

Анамнез жизни: Ребенок от 4 беременности, 4 родов. Ребенок от 2 беременности мальчик умер в возрасте 4 дней, ребенок от 3 беременности - мальчик умер на 8 день жизни, причина смерти неизвестна. Ребенок от 1 беременности – девочка – здорова. Беременность протекала с осложнениями. В 1 тр. беременности наблюдалась отслойка плаценты, в дальнейшем - низкая плацентация и укорочение шейки матки. В 3 тр. переболела COVID-19. Роды естественные на - 36 неделе гестации в головном предлежании, на фоне маточного кровотечения. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар-7/8 баллов. К груди приложили в первый день, сосал вяло, кормили через зонд. ВПР-2330 г., рост- 42 см. Прививки не получал-мед/отвод. На 4 день после выписки был переведен в ДРКБ, в отделение патологии новорожденных из-за низкой массы тела, где находился до 30.07.2021г. с диагнозом «Перинатальное гипоксическое поражение ЦНС, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и вегето-висцеральных нарушений, недоношенность 36 недель.

Наследственный анамнез - не отягощен. Брак близкородственный (двоюродные). Возраст матери – 26 лет. Возраст отца – 33 года.

Объективные данные: состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Со стороны дыхательной и сердечно – сосудистой системы – без патологии. ЧСС- 120/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка у края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

Неврологический статус: На болевой раздражитель реагирует общим умеренным беспокойством. Глазные щели, зрачки D=S, широкие. Фотореакции вялые. Расходящееся косоглазие за счет OS. Лицо без явной асимметрии. Глотание нарушено, питание зондовое. Мышечная дистония. Левосторонний гемипарез. Локальный статус: в левой теменно-затылочной области небольшая ликворная подушка. П/о рубец спокойный.

При обследовании в общем анализе крови: WBC- $8,2 \times 10^9$ /л, RBC- $4,3 \times 10^{12}$ /л, HGB -125 г/л, СОЭ- 4 мм/ч, Э- 3%, П-%, С- 60%, Л-30%, М- 7%.

В биохимическом анализе крови: Общий белок- 77 г/л, Мочевина- 2,4 ммоль/л, креатинин- 53 мкмоль/л, Общий билирубин- 8,3 мкмоль/л, АЛТ- 0,6 ед/л, АСТ- 0,52 ед/л, кальций- 2,2 ммоль/л, калий- 4,4 ммоль/л, натрий- 142 ммоль/л, глюкоза- 5,0 ммоль/л.

Результаты инструментальных исследований:

МРТ головного мозга от 24.11.2021 г. (до операции) МР-картина болезни Моя-моя. Мешотчатая аневризма устья М1сегмента правой СМА. Множественные сливные участки глиозной дегенерации мозговой ткани, преимущественно слева. Гемиатрофия большого мозга слева. Компенсаторное расширение ликворных пространств, двухсторонние субдуральные жидкостные скопления. Задержка миелинизации.

Перфузионная КТ головного мозга. Признаки гипоперфузии в бассейнах ЗМА, СМА и ПМА обоих полушарий.

МРТ головного мозга от 30.11.21. (после операции) МР-признаки острой ишемии в лобных, височных, теменных долях с двух сторон, правой затылочной доли, подкорковых ядрах, таламусах с двух сторон, среднем мозге. Состояние после создания микроанастомоза между экстра- интракраниальными артериями слева. Признаков острой ишемии в веществе головного мозга не выявлено. Гидрома лобно-теменной области слева. Пневмоцефалия. Умеренно выраженная ассиметричная внутренняя гидроцефалия.

МСКТ головного мозга. (после операции). КТ- признаки обширных формирующихся зон постишемической кистозно-глиозной дегенерации супратенториальных отделов мозга в сочетании с единичными участками геморрагического пропитывания. КТ-признаки незначительной гемовентрикулии, экстракраниальной ликворной гидромы в левой теменной области. Ребенок консультирован **нейроокулистом** - частичная атрофия ДЗН OU. **В отделении нейрохирургии получил следующее лечение:** противоотечную, антибактериальную, противогрибковую, антиконвульсантную, антиагрегатную, симптоматическую терапию, пробиотики.

Катамнез пациента: после выписки из отделения нейрохирургии ДРКБ состояние ребенка удовлетворительное, физическое и психомоторное развитие соответствует возрасту. Судорожного синдрома не наблюдалось. Жалоб не предъявляет.

Результаты: выявлено генетическое заболевание Моя-моя, на основании лабораторно-

инструментальных методов исследования, свидетельствующих в пользу указанного диагноза.

Выводы.

Необходимость более детального изучения цереброваскулярных заболеваний обусловлена высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью среди больных с патологией сосудов головного мозга. Болезнь Моя-моя является редким заболеванием, имеющим злокачественное прогрессирующее течение. Болезнь Моя-моя проявляется преимущественно в раннем детском возрасте, что связано с генетической предрасположенностью и семейным анамнезом, реже — во втором зрелом периоде (в среднем — в 36 лет), что связано с перенесенными ранее заболеваниями. Золотым стандартом диагностики болезни Моя-моя является эндоваскулярная ЦАГ. Для достоверной постановки диагноза необходимо выполнить ЦАГ ВСА с двух сторон, наружных сонных артерий с двух сторон и одной из позвоночных артерий. Таким образом, при раннем диагностировании болезни, мы сможем своевременно оказать помощь и добиться благоприятных прогнозов.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

З. Н. Алчагирова – клинический ординатор, З.М. Рамазанова – ассистент

Кафедра педиатрии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.И. Израилов.

Актуальность. Врожденный гиперинсулинизм (ВГИ) – это наследственное заболевание, характеризующееся неадекватной гиперсекрецией инсулина В- клетками поджелудочной железы, что приводит к развитию гиперинсулинемической, гипокетотической гипогликемии, с низким содержанием свободных жирных кислот в сыворотке крови. Гипогликемия может проявляться слабостью, головокружением, потерей сознания, судорогами, повышением аппетита, психомоторным возбуждением. Несмотря на незначительную частоту встречаемости, в РФ составляет 1:45 000, ВГИ является одной из основных причин персистирующей гипогликемии у детей первого года жизни. Выделяют диффузную, фокальную и атипичную морфологические формы заболевания, каждая из которых имеет свои особенности в плане клиники, диагностики и лечения. Чем раньше проявляется заболевание, тем тяжелее оно протекает. Наиболее важными диагностическими критериями ВГИ являются определение низкого уровня глюкозы в сыворотке крови (менее 2,6 ммоль/л) при нормальном или повышенном уровне инсулина и С-пептида в крови (более 2 МЕ/л) , отсутствие кетоновых тел и снижение содержания свободных жирных кислот в крови (менее 1,5 ммоль/л). Достижения в области молекулярной генетики, методы визуализации (ПЭТ/КТ), медикаментозная терапия и хирургическое лечение дали возможность лучше

контролировать гипогликемию и таким образом улучшили результаты лечения этих детей. При своевременно начатой ранней диагностики и адекватной терапии прогноз благоприятный.

Цель: продемонстрировать трудности и новые методы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики и лечения диффузной формы врожденного гиперинсулинизма.

Задачи: описание клинического случая пациента с диффузной формой врожденного гиперинсулинизма у ребенка 3х месяцев, оценка результатов клинических и лабораторно - инструментальных методов обследования, катamnестических данных и эффективности проведенной патогенетической терапии.

Материал и методы исследования: курация пациента, изучение данных проведенных методов обследования и катamnестических данных.

Представляем клинический случай врожденного гиперинсулинизма у ребенка 3-х месяцев жизни.

Ребенок А. , 25.12.2021 года рождения, поступил в отделение грудного возраста (ОГВ) Детской республиканской клинической больницы (ДРКБ) г. Махачкала 24 февраля 2022 года с жалобами на приступообразные судороги клонического характера, вялость, снижение сахара в сыворотке крови.

Клинический диагноз: Синдром Отахара. Врожденный гиперинсулинизм. Перенесенное перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения. Перивентрикулярная лейкомаляция. Вентрикуломегалия. Атрофия головного мозга. Эпилепсия.

Из анамнеза заболевания: болеет с рождения, со слов мамы на 3е сутки жизни у ребенка отмечались судорожные подергивания конечностей, периоды апноэ, в связи с этим была переведена в ОРИТ на ИВЛ. Предположена эпилепсия, измерения уровня гликемии не проводили. После улучшения состояния ребенка были выписаны домой. После выписки в течение 2х недель учащение приступов судорожных подергиваний, в связи с чем обратились в стационар, где выявлены частые эпизоды гипогликемии до 0,6-2,2 ммоль/л, проводилась инфузионная терапия раствором глюкозы. Состоит на учете у невролога, последние 10 дней у ребенка отмечалось снижение сахара до 2,7 ммоль/л. Бригадой скорой помощи были доставлены в п/п ДРКБ. За сутки до поступления выписана из ОРИТ г. Хасавюрта, где находилась 7 дней.

Из акушерского анамнеза известно, что ребенок женского пола, рожден от 2й беременности ,2х срочных родов, в сроке 40 недель, в головном предлежании с весом 4400 гр, рост-58 см, окружность головы 37 см, окружность груди 36 см. По шкале Апгар оценен в 8/8 баллов. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени тяжести, токсикоза первой половины беременности, частых простудных заболеваний, вульвовагинита. В родах - раннее излитие околоплодных вод. Группа крови ребенка А (II) R (-). Из роддома на 3-е сутки переведена в ОРИТ, где находилась сутки под ИВЛ, затем получала кислород масочно 1,5

месяцев.

Из анамнеза жизни: наследственность со стороны матери и отца неотягощена, родители здоровые, первому ребенку в семье 3,5 года-здоров. Брак близкородственный. Профилактические прививки по календарю ребенок не получал. Аллергологический и эпидемиологический анамнез неотягощены.

Объективные данные: Антропометрия: рост 68 см, вес 6,6 кг. ИМТ 14,27 кг/м², SDS ИМТ – 2,43. Площадь поверхности тела 0,37 м². Физическое развитие выше 97 перцентиль для паспортного возраста. Оценка полового созревания по Таннеру 1. Состояние ребенка при поступлении тяжелое. Самочувствие страдает. На осмотр реагирует вяло, у ребенка незначительная двигательная активность, периодически в состоянии покоя отмечаются судороги, тремор подбородка. Находится на искусственном вскармливании, сосет активно, периодически срыгивает. Голову не держит, большой родничок размерами 2,0*2,0 см, на уровне костей черепа, форма головы округлая. Костно-суставная система без патологии. Отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы бледные, чистые, отмечается периоральный цианоз. Видимые слизистые чистые, влажные, зев не гиперемирован. Подкожно-жировой слой развит умеренно, тургор сохранен. Аускультативно дыхание проводится симметрично по всем полям, перкуторно -легочной звук. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, не вздут, отмечается гепатомегалия +1,5 см и спленомегалия +2,0 см. Стул регулярный. Дизурических расстройств нет.

При обследовании в общем анализе крови: WBC – 11,22 *10⁹/л, RBC – 4,06*10¹²/л, HGB- 114 г/л, PLT – 524*10¹²/л, NEUT – 21,6%, LYM – 59,1%, MON – 10,2%, EOS – 8,3% , BAS – 0,4%, СОЭ – 4 мм/час.

В биохимическом анализе крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 39 г/л, альфа-амилаза общая - 29,1 мЕ/л, Cl – 102,71 ммоль/л, K – 5,06 ммоль/л, Na – 138,78 ммоль/л, Ca общ. – 2,7 ммоль/л , инсулин - 14,2 мкМЕ/мл.

Гликемический профиль: при поступлении в 22:00 - 2,7 ммоль/л, 1:00 - 5,0 ммоль/л, 17:00 - 4,1 ммоль/л, 3:00 – 7,4 ммоль/л, в 7:00 – 4,4 ммоль/л, в 9:00 – 8,0 ммоль/л, в 11:00 – 5,7 ммоль/л, в 14:00 – 2,8 ммоль/л, в 17:00 - 4,1 ммоль/л, в 20:00 – 3,3 ммоль/л.

На УЗИ мозга: выраженные гипоксически-ишемические изменения головного мозга. Перивентрикулярный отек головного мозга.

На МСКТ головы: КТ признаки перивентрикулярной лейкомаляции. Ассиметричная вентрикуломегалия. Наружная заместительная гидроцефалия. Атрофия лобных долей головного мозга.

На фоне эпизодов гипогликемии фиксировался повышенный уровень инсулина (14,2 мкМЕ/мл), что позволило поставить диагноз врожденного гиперинсулинизма.

Проводилась терапия Октреотидом (25 мкг/сут), инфузионная терапия раствором глюкозы, депакин во время приступа судорожных подергиваний, но эпизоды гипогликемии сохранялись, за время стационарного лечения доза Октреотида увеличена до 90 мкг/сут, эпизоды гипогликемии так же сохранялись, переведена 17.03.2022г в НМИЦ ЭНЦ г. Москва где подтвержден диагноз: Врожденный гиперинсулинизм.

Катамнез.

За время пребывания в стационаре диагностирован тромбоз яремной вены слева (ЦВК, установленный по м/ж был удален в связи с тромбозом), по данным коагулограммы - коагулопатия , установлен ЦВК в левую бедренную вену. 19.03.2022 г. была переведена в РДКБ для дообследования и дальнейшего лечения. Госпитализирована в ОРИТ для круглосуточного мониторинга жизненных функций, где находилась с 19.03.2022г. по 30.03.2022г. с диагнозом: ВГИ, нарушение свертываемости неуточненное, тромбоз левой внутренней яремной вены, судорожный синдром. За время нахождения в реанимации регулярно наблюдалась гематологом, эндокринологом, консультирована неврологом. Проводилась инфузионная терапия 10-20% раствором глюкозы, Октреотид 90-100 мкг/сут.30.03.2022г переведена в эндокринологическое отделение для определения дальнейшей тактики лечения. За время пребывания в эндокринологическом отделении проводилась антикоагулянтная терапия, продолжен подбор инсулиностатической терапии. Проведено генетическое исследование, подтвердившее мутацию в гене ABCC8, что характерно для гиперинсулинемической гипогликемии. Для определения возможного фокального очага аденоматозной гиперплазии поджелудочной железы ребенку проведена ПЭТ-КТ с 18F-DOPA, подтвердившая диффузную форму гиперинсулинизма, требующая субтотальной резекции поджелудочной железы. 05.05.2022г выполнена субтотальная резекция поджелудочной железы, течение послеоперационного периода гладкое. В связи с повышением гликемии до диабетических значений ребенку показано назначение инсулинотерапии, в связи с чем была переведена в эндокринологическое отделение. За период госпитализации проведено обследование, коррекция терапии. Учитывая гипергликемию, согласно решению консилиума врачей, была установлена помпа Акку -чек Комбо, проведена настройка параметров работы помпы под контролем системы флеш - мониторинга гликемии Libre. К моменту выписки из стационара достигнута фаза клинко-метаболической компенсации. В настоящее время ребенок находится дома на инсулинотерапии по индивидуальной схеме.

Результаты: выявлены клинические проявления диффузной формы врожденного гиперинсулинизма, данные лабораторных и инструментальных методов исследования, свидетельствующие в пользу указанного диагноза. Основываясь на катамнестических данных , проведена оценка эффективности назначенной патогенетической терапии.

Выводы:

Учитывая неспецифичность первых клинических симптомов гипогликемии в неонатальном возрасте, поводом для измерения глюкозы в крови служит наличие явной симптоматики (судороги, потеря сознания), которые в дальнейшем приводят к осложнениям со стороны нервной системы. Это нам говорит о важности исследования уровня глюкозы у всех новорожденных сразу после рождения. ПЭТ/КТ с 18F-ДОФА является наиболее точным и клинически значимым исследованием для дифференциальной диагностики диффузных и фокальных форм ВГИ. В настоящее время новорожденных и младенцев с гиперинсулинизмом следует лечить безотлагательно с помощью внутривенной инфузии глюкозы, применения доступных гликемических препаратов и частого мониторинга уровня глюкозы в крови. После определения гистологической формы ВГИ решение о необходимости оперативного лечения должно быть максимально ранним. Несмотря на доступные консервативные и хирургические методы лечения ВГИ, мы не можем избежать осложнений и обеспечить качественную жизнь ребенку, но можем сохранить его и продлить.

ГАЛАКТОЗЕМИЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

З.М.Зулкиплиева - клинический ординатор, З.М. Рамазанова - ассистент

Кафедра педиатрии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.И. Израилов

Актуальность. Галактоземия (ГАЛ) - наследственное заболевание, характеризующееся нарушением обмена углеводов, при котором в организме накапливается избыток моносахарида галактозы и ее метаболитов.

Выделяют 3 типа ГАЛ:

I. Классический - галактоземия I типа, обусловленная дефицитом фермента галактозо-1-фосфат-уридилтрансферазы (ГАЛТ) и наличием гомозиготных или компаунд-гетерозиготных мутаций в гене GALT (G/G). Отдельно выделяют вариант Дуарте (D2/D2) и галактоземию Дуарте (G/D2), при которых полиморфный вариант находится в гомозиготном состоянии или компаунд-гетерозиготном состоянии с патогенной мутацией

II. Недостаточность галактокиназы (ГАЛК) (галактоземия II типа).

III. Дефицит уридиндифосфат-галактозо-4-эпимеразы (ГАЛЭ или эпимеразы) – галактоземия III типа.

Клинические симптомы галактоземии стремительно развиваются у больного новорожденного ребенка в течение первых дней жизни на фоне вскармливания грудным молоком или адаптированной детской молочной смесью. Основные симптомы - вялость, рвота после еды, желтуха, геморрагические высыпания, кровоизлияния.

Заболевание наследуется аутосомно-рецессивным путем. Неонатальный скрининг на галактоземию позволяет выявить практически 100% больных детей. Основным методом терапии является строгая диета, направленная на сокращение потребления галактозы.

Цель: продемонстрировать клинический случай галактоземии варианта Дуарте у ребенка первого года жизни.

Задачи: анализ клинического случая пациента с галактоземией варианта Дуарте, оценка результатов клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования, катamnестических данных и эффективности проведенной патогенетической терапии.

Материал и методы исследования: курация пациента, изучение данных проведенных методов обследования и катamnестических данных.

Представляем клинический случай галактоземии варианта Дуарте у ребенка 1 г 8 мес.

Ребенок Ю. 18.02.2021г.р., 14.10.2022г. находился в г/э отделении ДРКБ им. Н.М. Кураева с клиническим диагнозом «Галактоземия. Хронический энтероколит в фазе обострения. Реактивный гепатит. Панкреатопатия. Синдром мышечной дистонии. Астигматизм гиперметропический прямого типа».

Жалобы при поступлении на боли в животе, неустойчивый стул, плохая прибавка в массе тела, слабость.

Анамнез болезни

Ребенок болеет с рождения. Ранее находился на стационарном лечении: - в ОПН ДРКБ с 25.02.2021г. по 10.03.2021г. с клиническим диагнозом «Перинатальное гипоксическое поражение ЦНС, ишемия 2ст. Кефалогематома в теменной области справа. Конъюгационная гипербилирубинемия новорожденных». Данных о результатах неонатального скрининга нет.

- в ОГВ ДРКБ с 05.04.21г по 15.04.21г с клиническим диагнозом «Галактоземия. Пиелозктазия с обеих сторон. Ребенок поступил в отделение с жалобами на плохой аппетит, частое срыгивание, рвота, плохая прибавка веса. Сдан анализ крови на галактозу от 13.04.21г: 55,20 мкм/л. [норма <7,2 мг/дл]. Сразу же назначена безлактозная диета. Самочувствие ребенка намного улучшилось, перестал срыгивать. В удовлетворительном состоянии выписан в отделение раннего возраста Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева с 14.05.21г по 21.05.21г с клиническим диагнозом «Галактоземия. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-ишемического генеза, восстановительный период». Проведены инструментальные обследования:

- ЭКГ от 17.05.2021г (клино+орто+физ. нагрузка) Заключение: Выраженная синусовая аритмия с периодом умеренной тахикардии. ЧСС 154-136 уд в мин. Нормальное положение ЭОС. Нарушение внутрижелудочкового проведения по правой ножке п.Гиса. Глубокий зубец Q III. Изменение процесса реполяризации в миокарде левого желудочка (инверсия з. Т III) Признаки синдрома ранней реполяризации желудочков.

УЗИ, УЗДГ, ТКДГ от 18.05.2021 г. Заключение: Гепатоспленомегалия. Невыраженные диффузные изменения паренхимы печени. Увеличение объема почек.

НСГ от 19.05.2021г. Заключение: патологии не выявлено.

МРТ головного мозга от 20.05.2021г. Заключение: МР картина наружной гидроцефалии новорожденных.

Консультации специалистов:

Врач-генетик.

Диагноз: Галактоземия

Врач-офтальмолог.

Диагноз - Астигматизм гиперметропический прямого типа.

Врач-невролог.

Диагноз - Нарушение обмена галактозы.

Проведено лечение: АМС Нутрилак безлактозный 150мл каждые 3 часа.

ДНК диагностика показала мутацию в 10 экзоне гена GALT: обнаружен полиморфный вариант Дуарте.

Анамнез жизни:

Акушерский анамнез:

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала с токсикозами, артериальной гипертензией, отеками, неоднократно получала стационарное лечение. Роды на 39 неделе, физиологичные, затяжные. Вес при рождении- 3540.0, по Апгар 8/9 баллов. К груди матери приложен в 1 день. В родильном доме привит. Выписан - на 7 день, переведен в ОПН ДРКБ, где лечился в течение 15 дней с DS: ПЭП, с-м гипервозбудимости, конъюгационная гипербилирубинемия. С рождения отстает в психомоторном и физическом развитии.

Наследственный анамнез: отягощен по артериальной гипертензии по материнской и по отцовской линии. Брак родственный(троюродные).

Объективно при поступлении:

Масса тела – 9 кг, рост - 83см (Долженствующий вес=12,5кг, ДМТ-28% , соответствует 1 коридору 3% по центиллю)

Состояние и самочувствие ребенка по заболеванию оценивалось как средней тяжести. Пропорционального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Подкожно-жировой слой развит слабо. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, обложен белым налетом. Со стороны органов дыхания - без патологии. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны приглушены, ритм правильный. Ps и ЧСС - 104 в мин. Живот мягкий, умеренно вздут, при пальпации болезненный по ходу кишечника. Печень +1,0 см, селезенка не увеличена. Стул неустойчивый 2-3 раза в сутки с непереваarenными комочками и со слизью. Мочеиспускание не нарушено.

При обследовании в общем анализе крови:

WBC, 10 ⁹	RBC , 10 ¹²	HGB,г/ л	с/я,%	Лимфо- циты, %	Моно- циты,%	СОЭ	MCH, пг	MCHC г/дл
9,09	4,39	116	35	51	14	5	26,4	339

В биохимическом анализе крови:

Бил., ,мкм/л	О/бел., ,г/л	АЛТ, ед/л	АСТ, ед/л	ГГТ, д	Амил- аза, ед/л	Глюк., м/л	ЩФ, д/л	Желе- зо, мкм/л	СРБ, мг/л
9,0	56,3	1,1	2,0	5,6	57,4	4,71	88,8	2,3	6

В анализе мочи: белок - нет, уд. вес - 1013, лейкоциты 2-3 в п/зр. **В анализе кала:** слизь +, в слизи до 10 лейкоцитов, раст. клетчатка неперевар. ++, лейкоциты 4-7 в п/зр, дрожжи +, я/глист - острицы.

УЗИ внутренних органов:

Печень - не увеличена, средней эхогенности. Желчные ходы - не расширены, сосудистый рисунок не изменен. Желчный пузырь грушевидной формы, 58×23 мм, стенка - 1 мм, содержимое однородное.

Поджелудочная железа увеличена 10х8х10мм однородная.

Селезенка 77×28 мм, однородная.

RRS: слизистая прямой и сигмовидной кишки ярко-розовая, участками гиперемированная, отечная, сосудистый рисунок смазан. Просвет кишки без деформации, тонус кишки пониженный.

ЭКГ - нарушение процессов метаболизма в миокарде.

Ребенок консультирован:

Кардиолог - патологии нет.

Гематолог - Латентный дефицит железа.

Невролог - Синдром мышечной дистонии. Нарушение обмена галактозы.

Окулист - Астигматизм гиперметропический прямого типа.

Генетик - Галактоземия. Вариант Дуарте.

В отделении получил следующее лечение:

Диета безлактозная; Креон 10000 ½ кап х 3 раза в день во время еды; Урсофальк 2,5мл на

ночь; Фолиевая кислота по ½ таб 2раза; Феррум-лек по 2мл 1 раз; Микроклизмы с отваром ромашки; ЛФК; Физиолечение, массаж.

Выписан домой в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Катамнез пациента:

После выписки из Отделения гастроэнтерологии ДРКБ ребенок продолжает получать безлактозную диету. На данный момент вес ребенка составляет 12кг, что соответствует 3 коридору 25% по центилу отмечается, отставание в психомоторном развитии.

Выводы:

Клинические симптомы галактоземии стремительно развиваются у больного новорожденного ребенка в течение первых дней жизни на фоне вскармливания грудным молоком или адаптированной детской молочной смесью проявляющиеся рвотой после еды, желтухой, отставанием в физическом и психомоторном развитии. В основе лечения лежит пожизненная патогенетическая терапия безгалактозными/безлактозными смесями в первый год жизни, а дальше безлактозная диета. При строгом соблюдении диеты любой тип галактоземии имеет благоприятный исход.

ГИГАНТСКАЯ КРАПИВНИЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

З.Ш. Сайтамалова - клинический ординатор

Кафедра педиатрии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент З.А. Алискандиева

Актуальность. Крапивница — это состояние, характеризующееся развитием волдырей, ангионевротическим отеком или обоими. На протяжении многих лет крапивница является одной из актуальных, но наименее изученных проблем в детской аллергологии. Аллергическая заболеваемость в мире растет, как среди взрослых, так и среди детей. По мировым данным аллергические болезни поражают 30-50% населения. Фактически это эпидемия 21 века. Проблема хронической крапивницы многогранна: заболевание существенно нарушает различные аспекты жизни самого пациента и ложится тяжелым бременем на систему здравоохранения и общество в целом. Клинически крапивница характеризуется появлением волдырей и ангиоотека. В диагностике важное значение имеет сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование. Для диф. диагностики необходимо проверить уровень СРБ в сыворотке крови (с целью подтверждения/исключения системной воспалительной реакции.). Иммуноглобулин Е в крови(общий) для уточнения патогенеза заболевания. IgG антител к тиреопероксидазе (для исключения ХАИТ). Определение содержания антинуклеарных антител к Sm- антигену (при подозрении на системный аутоиммунный процесс). Исследование уровня

комплемента и его фракций в крови (C3, C4, C1q компонентов комплемента) при подозрении на уртикарный васкулит. Исследование уровня C1 ингибитора в крови и функциональной активности C1-ингибитора (для дифференциальной диагностики наследственного и спонтанного ангиоотека). Иные диагностические исследования: использование валидированных инструментов (шкал и опросников: Опросник Индекс Активности Крапивницы UAS 7, Опросник Оценки Активности Ангиоотеков и др.). Ступенчатая терапия хронической крапивницы: Первая линия терапии- Стандартные дозы H1- АГ II поколения. При необходимости увеличить дозы до 4х. Если симптомы сохраняются через 2-4 недели. Вторая линия терапии- Омализумаб (300мг каждые 4нед.) +АГ II поколения. При необходимости увеличить дозу (до 600мг. каждые 2 нед.). Если симптомы сохраняются через 6 мес. или ранее, если симптомы невыносимы. Третья линия терапии: Циклоспорин А (до 5мг/кг) +АГ II поколения. Омализумаб — Это гуманизированное моноклональное антитело, которое связывается с циркулирующим иммуноглобулином Е (IgE) и уменьшает высвобождение воспалительных медиаторов из тучных клеток и базофилов. Введение омализумаба должно сопровождаться последующим наблюдением специалиста после инъекции препарата в течение 30 минут.

Цель – ведение пациента с тяжелым течением хронической крапивницы, оценка эффективности лечения препаратом Омализумаб.

Материалы и методы исследования: курация пациента, для оценки тяжести заболевания применяли «Индекс активности крапивницы 7» (UAS 7), который предполагает суммарную оценку основных симптомов заболевания (количество высыпаний и интенсивность зуда) самим пациентом каждые сутки за 7 последовательных дней.

Представляем клинический случай гигантской крапивницы у пациента 15 лет.

Ребенок Ш., 16.08.2007 года рождения, с жалобами на уртикарные высыпания на коже, зуд, рецидивирующие ангионевротические отеки с затруднением дыхания, боли в суставах, отечность, тошноту, головокружение. с жалобами на уртикарные высыпания по всему телу, выступающие над кожей и ангиоотек.

Клинический диагноз: Т78.3 Гигантская крапивница. Ангионевротический отек. Аллергический ринит, персистирующей, подострое течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, фаза эутиреоза. Витилиго. Гастродуоденит, эрозивный Н. pilori ассоциированный. Лимфофолликулярная гиперплазия слизистой оболочки желудка и луковицы 12п.к. Хронический болевой синдром. Хроническая мышечно- скелетная боль.

Из анамнеза: Ребенок от 1й беременности, протекавшей на фоне анемии, с угрозой прерывания, 1х физиологических родов в срок. С 1 месяца жизни до 3х лет беспокоили высыпания на коже щек, наблюдался аллергологом, проводилась наружная терапия- с эффектом. С тех пор высыпания не беспокоили. 5 февраля 2022г. появились распространенные

уртикарные высыпания, отеки лица, в лечении антигистаминные препараты по 4 табл. в день. СГКС- с временным эффектом. Неоднократно находился на стационарном лечении в ДРКБ г.Махачкалы. Ребенок практически ежедневно получал инъекции дексаметазона. На этом фоне появились распространенные боли (вероятно, миопатия) усиливающиеся после эпизодов ангионевротических отеков, а также со слов подростка, после введения СГКС. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения 20.06.2022г. поступил в НМИЦ здоровья детей, находился до 30.06.2022г. с диагнозом: Гигантская крапивница. Ангионевротический отек. Аллергический ринит, персистирующей, подострое течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, фаза эутиреоза. Витилиго. Гастродуоденит, эрозивный *H. pylori* ассоциированный. Лимфофолликулярная гиперплазия слизистой оболочки желудка и луковицы 12п.к. Хронический болевой синдром. Хроническая мышечно- скелетная боль.

Были проведены обследования: Показатели б/х и ОАК в пределах референсных значений. Выявлены отклонения в анализе крови на гормоны щитовидной железы от 04.2022г.: с Т4 14.1(10.9-23.5), сТ3 4.1(5.2-10.6), ТТГ 1.2 повторно 2(до 5), АТ-ТПО 630(до 30). Вит. D 25(ОН)28.2(от 30). С-пептид 26 (0.7-1.9), паратгормон 58.6(до 58), инсулин 16.2(до 25), гликированный гемоглобин 4.4%, железо 4.8(от 9), холестерин 3.4(от 3.3), креатинин 72(от 70), кальций 2.65(до 2.7), фосфор1.82(1.3-2.26), электролиты- в пределах референсных значений. Данные УЗИ щитовидной железы от 04.2022г.: ЭХО графические признаки диффузных изменений щитовидной железы характерных для АИТ. Общий IgE и эозинофильный катионный белок- в пределах нормы. По данным аллергообследования на анализаторе immunoCap от 2022- сенсibilизация к искомым аллергенам не выявлена. Целиакия исключена. ФГДС 28.06.2022г.: Эрозивный бульбит. Распространенный *H. pylori* положительный гастрит. Лимфофолликулярная гиперплазия слизистой оболочки желудка и луковицы 12п.к. УЗИ щитовидной железы 27.06.2022г.: УЗ признаки увеличения объема щитовидной железы, умеренного усиления кровотока при ЦДК. УЗИ органов брюшной полости 22.06.2022г.: Признаки утолщения стенок желчного пузыря, вторичных изменений поджелудочной железы, гепатоспленомегалия, изменение паренхимы печени, мезаденита. По жизненным показаниям 20.06.2022г. произведена инъекция препарата омализумаб в дозе 300мг подкожно, местных и системных реакций на введение препарата не отмечено. Рекомендовано продолжить ГИБП препаратом омализумаб в дозе 300мг/введение 1 раз в 4 недели. С июня по декабрь каждый месяц поступал в НМИЦ здоровья детей, для проведения очередной инъекции препаратом омализумаб в дозе 300мг п/к.

Результаты: при оценке активности спонтанной крапивницы по UAS 7 общее значение UAS 7 составило 50 баллов, что свидетельствует об интенсивной степени активности крапивницы. На сегодняшний день достигнута клиническая ремиссия, эпизодов уртикарных высыпаний и ангиоотека не наблюдается, на фоне проводимой терапии омализумабом.

Выводы: Анализ представленного наблюдения демонстрирует хроническое течение крапивницы. Лечение моноклональными антителами, как болезнь-модифицирующими препаратами, обеспечивает купирование проявлений заболевания и позволяет достичь более длительной ремиссии. В дальнейшем ребенок находится под постоянным наблюдением у аллерголога по месту жительства.

ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ МЛАДЕНЦЕВ

А.В. Калямова, Д.М. Ситдикова - студенты 2412 гр. педиатрического факультета

Кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель - д.м.н, проф. Р.А. Файзуллина,

к.м.н., асс. Саламанидина Д.Р.

Введение: грудное молоко является идеальной пищей для ребенка, которое полностью соответствует пищевым требованиям малыша в период младенчества. Грудное вскармливание (ГВ) оказывает оптимальное влияние на физическое, умственное, психоэмоциональное и речевое развитие ребенка, закладывает основы здоровья и гармоничное развитие новорожденного на многие годы вперед. Более того, раннее начало грудного вскармливания - сразу после рождения ребенка способствует более быстрому восстановлению сил матери после родов, ускоряет процесс сокращения матки за счет выделения окситоцина и уменьшает риск развития послеродовых кровотечений. Но, несмотря на это, распространенность грудного вскармливания за последние десятилетия увеличилась незначительно, в то время как продажи молочных смесей выросли более, чем в два раза.

Цель работы: изучить распространенность грудного вскармливания и его роль для здоровья детей.

Материалы и методы исследования: специально разработанная анкета для опроса матерей детей, находившихся на лечении в Детском стационаре ГАУЗ ГKB №18 г. Казань.

Результаты исследования: на основании опроса все дети были разделены на 2 группы в зависимости от вида вскармливания. I группу составили дети, находящиеся на грудном вскармливании (72%). Во II группу вошли 28% детей, которые находились на искусственном вскармливании (ИВ).

80% матерей ответили, что приложили ребенка к груди сразу после рождения, 20% - через сутки и более. У 41% опрошенных подготовка к грудному вскармливанию проводилась в родильном доме или на курсах молодых родителей, 59% изучали литературу самостоятельно (интернет, книги). 24% матерей столкнулись с трудностями во время грудного вскармливания (мастит, гиперлактация/гиполактация, лактостаз, ребенок не мог захватить грудь).

Большинство матерей (74%) во время грудного вскармливания придерживались щадящего питания и ограничивали себя в сладком, жирном, соленом, а 26% не соблюдали диету во время грудного вскармливания.

По современным рекомендациям, детей, находящихся на ГВ, не рекомендуется допаивать водой. В результате проведенного опроса лишь 20% матерей не давали воду своим детям, остальные начали допаивать с рождения. Каждая четвертая мать (26%) указала, что иногда докармливала ребенка адаптированной молочной смесью.

По рекомендациям «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» введение прикорма детям как на грудном, так и на искусственном вскармливании рекомендовано начинать в коридоре 4–6 мес. Так, среди женщин прошедших анкетирование, выявлено, что 50% матерей, чьи дети находились на ГВ, начали вводить первый прикорм с 6 месяцев (при искусственном вскармливании – 40% получают уже с 4-х мес). В качестве первого прикорма 81% матерей выбрали овощные и фруктовые пюре, 14% - молочные каши, 5% - яичный желток.

По мнению матерей, оптимальное время завершения кормления грудью - 1,5-2 года, однако у большинства продолжительность кормления составила до года-полутора лет и у 15% были сложности в отлучении от груди.

Большинство детей на ГВ (74%) развивались соответственно возрасту, 26% прибавляли в массе тела с избытком. Частота острых заболеваний (ОРВИ, ОРЗ и др. простудные заболевания) у детей на ГВ в первый год жизни была ниже, по сравнению с детьми на искусственном вскармливании: 8% болели часто (при ИВ – 57%), 62% - редко (1-2 раза в год), 17% не болели совсем (при ИВ – 14%). Распространенность пищевой аллергии была выявлена у 23% детей, что несколько реже, чем у детей, получавших ИВ (35%).

Несмотря на особенности здоровья детей, 43% матерей намерены и впредь использовать искусственное вскармливание для своих будущих детей, однако 57% выбрали бы грудное вскармливание.

Вывод: в послеродовом периоде грудное вскармливание играет важную роль, как для матери, так и для ребенка. Грудное молоко является идеальной пищей для детей первых двух лет жизни, в особенности первых месяцев жизни. Оно содержит все необходимые ребенку полезные вещества, которые хорошо усваиваются и обладают рядом противoinфекционных факторов, защищающих новорожденного. Грудное вскармливание способствует психоэмоциональному развитию и формированию положительных нравственных черт, укрепляет связь в отношениях матери и ребенка. Проведенные исследования показывают, что грудное вскармливание остается распространенным методом вскармливания детей, однако большинство матерей нуждаются в грамотном информировании о правилах успешного вскармливания еще в дородовом периоде, что позволит преодолеть большинство возникающих

трудностей и сохранить грудное вскармливание на более длительное время.

САРКОПЕНИЯ – МАЛОИЗУЧЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

А.Е. Кари – студентка 405 группы педиатрического факультета

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель – к.м.н. Н.В.Евдокимова

Актуальность. Определение саркопенического ожирения включает в себя понятие саркопении – состояния прогрессирующей потери мышечной массы, описанного преимущественно у пожилых людей, а также у детей онкологическими заболеваниями, тяжелой хирургической патологией, ДЦП и т.д., и понятие ожирения – избыточного накопления жировой массы. Прогрессирующее снижение мышечной массы на фоне увеличения жировой массы предположительно являются взаимоотягощающими состояниями, ассоциируемыми с ухудшением метаболического профиля, воспалением, повышенным риском патологических переломов. Ввиду малоизученности проблемы саркопенического ожирения у детей представляется актуальность настоящего исследования в ключе изучения клинко-лабораторных особенностей саркопенического ожирения в детском возрасте. До сих пор не определены единые критерии диагностики и не описаны факторы риска развития саркопенического ожирения у детей.

Цель исследования. Выявить клиническо-параклинические особенности и факторы риска саркопенического ожирения у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе клиники СПбГПМУ.

Исследуемую группу составили 48 человек в возрасте 12-17 лет с диагнозом «ожирение». Всем больным проводилась биоимпедансное исследование композиционного состава тела с помощью анализатора «МЕДАСС» и стандартное клинко-лабораторное исследование. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel.

На основании содержания скелетной мышечной массы (СММ (кг)), ее доли (% СММ) и уровня жировой массы (ЖМ (кг)), исследуемые были разделены на 3 подгруппы: 1-истинное саркопеническое ожирение (при снижении СММ (кг) и %СММ на фоне повышения уровня ЖМ); (48%; n=23); 2-пресаркопеническое ожирение (при снижении СММ (кг) и повышении %СММ и ЖМ (кг), что свидетельствует о развитии жировой инфильтрации мышечной ткани-миостеатоза); (37%; n=16).; 3-группа контроля (повышение ЖМ (кг) при нормальном значении СММ (кг) и %СММ); (15%; n=9).

Результаты исследования. Частота саркопенического ожирения увеличивалась с ростом степени ожирения: 58% исследуемых 1 подгруппы имели 3 степень ожирения, 27,4% - 4 степень, 14,6% - 2 степень ($r=0,96$; $p<0,05$). Во 2 исследуемой подгруппе: у 61% - 2 степень ожирения, 23,7%-1 степень и 15,3%-3 степень ($r=0,94$; $p<0,05$). Статистически значимых результатов по частоте встречаемости саркопенического ожирения в 3 исследуемой подгруппе не выявлено.

Соотношение мальчиков и девочек во всех исследуемых подгруппах было одинаковым с максимальной разницей в 3,21% в 1 и 2 подгруппе, что свидетельствует об отсутствии половых особенностей распределения саркопенического и пресаркопенического ожирения у детей.

У 88,2% исследуемых 1 подгруппы отмечалось затяжное течение (>5 лет) ожирения, зачастую диагностированное в раннем возрасте, прогрессирующее в школьном возрасте и пубертатном периоде. Среди детей 2 подгруппы отмечались резкие прибавки в весе за последние 3 года.

Наличие сопутствующих патологий (инсулинорезистентность, гипергликемия, СД 1 и 2 типа, НАЖБП) и коморбидности характерны для 1 подгруппы. Во 2 подгруппе у 64,7% детей отмечаются артериальная гипертензия, расстройства ВНС, эпилепсия, патологии щитовидной железы. У 85,4% исследуемых 1 подгруппы выявлено снижение доли минеральной массы костной ткани и снижение лабораторных показателей 25(OH)D. Во 2 подгруппе аналогичный дефицит - у 46,4% исследуемых. Дефицит уровня общего белка (<60 г/л) – у 80,4% в 1 подгруппе и у 15,3% во 2 подгруппе.

Вывод. Саркопеническое ожирение является комплексным синдромом, ассоциированным с развитием значительных метаболических и дисгормональных нарушений. Саркопеническое ожирение связано с развитием миостеатоза (жировой инфильтрации мышечной ткани, приводящей к снижению функционального резерва мышц и формированию «порочного круга», в котором из-за снижения толерантности к физической нагрузке снижается эффективность лечения и происходит еще большее нарастание ЖМ (кг) и снижение доли СММ (кг). Длительное и осложненное течение ожирения способствуют прогрессированию саркопении. При саркопеническом ожирении происходит изменение лабораторных показателей: общего белка, 25(OH) D, минеральной массы костной ткани, своевременная оценка дефицита которых способна предотвратить развитие осложненного саркопенического ожирения.

СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – ПЕДИАТРА

Н.А. Дарибаева, Г.О. Гайсина, В. А. Павлова – студенты П-504Б группы педиатрического факультета

Кафедра факультетской педиатрии

с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО

Синдром беспокойных ног, также известный как болезнь Виллиса-Экбома – это состояние, характеризующееся непреодолимым желанием совершать движения ногами из-за неприятных ощущений в них, часто возникающие во время отдыха, перед засыпанием. Такое состояние нарушает сон, с возрастом может ухудшаться, что будет влиять на повседневную жизнь, так как отсутствие сна сказывается на работоспособности, успеваемости. Впервые этот синдром описал в 1672 г. английский врач Thomas Willis [1]. Но термин «синдром беспокойных ног» был введен в практику лишь в 1945 г. шведским неврологом К. А. Ekblom [2].

В соответствии с Международной классификацией расстройств сна по тяжести выделяют [3]:

- 1) легкая форма: симптомы возникают редко, не вызывают нарушений засыпания, качество жизни днем не ухудшается;
- 2) умеренная форма: симптомы возникают не чаще 2 раз в неделю, засыпание умеренно нарушено, качество жизни днем страдает умеренно;
- 3) тяжелая форма: симптомы возникают чаще 2 раз в неделю, засыпание и качество жизни днем существенно нарушены, присутствует днем сонливость и неприятные ощущения в конечностях.

Обязательные диагностические критерии, предложенные в 1995 году Международной исследовательской группой СБН, и усовершенствованной Национальным институтом здоровья в 2002 г. [4, 5]:

1. Позывы пошевелить ногами обычно сопровождаются дискомфортными или неприятными ощущениями в ногах.
2. Симптомы начинаются или ухудшаются во время отдыха или бездействия.
3. Симптомы частично или полностью облегчаются при движении.
4. Симптомы возникают исключительно или преимущественно в вечернее или ночное время.

Выделяют 2 вида СБН: первичный и вторичный [6].

- Первичный СБН связан с генетическим фактором, что можно подтвердить исследованием близнецов: конкордантность у монозиготных близнецов выше, чем у дизиготных [7]. Предполагается, что этот синдром носит как аутосомно-доминантный, так и аутосомно-рецессивный тип наследования [8]. Первичный СБН имеют тенденцию к более раннему возрасту дебюта и более медленному прогрессированию.

- Вторичный СБН возникает в большинстве случаев в более старшем возрасте. У детей чаще является сопутствующей патологией при железодефицитной анемии [9, 10, 11], о чем

свидетельствует связь между этими расстройствами и низкими запасами железа, обнаруженная по данным аутопсии [12], магнитно-резонансной томографии (МРТ) [13], сонографии головного мозга [14] и анализу спинномозговой жидкости [15].

Актуальность. На сегодняшний день синдром беспокойных ног достаточно частая патология среди детей, с которой сталкиваются врачи – педиатры на амбулаторном приеме. По данным ряда исследователей, СБН является 4 – й по частоте причиной развития бессонницы у детей. Данный синдром не требует сложных и дорогостоящих исследований, а базируется лишь на клиническом анализе симптомов выделяемых у пациента. Однако все равно у педиатров возникают проблемы с постановкой диагноза.

Цель исследования. Проанализировать среди врачей - педиатров познания данного синдрома и использование его в профессиональной практике, тем самым, в последующем разработав тактику диагностики и лечения для санитарно-просветительской работы.

Материалы и методы исследования. Проведен опрос среди 102 врачей – педиатров амбулаторного приема республики Башкортостан. Включение в опрос проведено в феврале-апреле 2023 г.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ Google Forms.

Результаты исследования. Среди опрошенных врачей – педиатров амбулаторного приема проводился онлайн – опрос и по его результатам выявлено, что о СБН знают 42,15 % врачей, однако мало кто использовал его в практике (из 102 врачей - 31,37%). Также в ходе опроса, изучения и исследования данной тематики было выявление о связи СБН с железодефицитной анемией, что дает нам дальнейший толчок для размышления над лечением данной патологии.

Выводы. Таким образом, проведенный опрос дает разъяснения об актуальности синдрома беспокойных ног в республике Башкортостан. Необходимо провести популяризацию СБН среди педиатров.

Список литературы:

1. Willis T. The London practice of physic. London: Bassett and Crooke, 1685
2. Ekbom K. Restless legs: clinical study of hitherto overlooked disease in legs characterized by peculiar paresthesia (“Anxietas tibiарum”), pain and weakness and occurring in two main forms, asthenia crurum paraesthetica and asthenia crurum dolorosa. Acta Med Scand 1945;158:1–123
3. Connor JR, Boyer PJ, Menzies SL, et al. Neuropathological examination suggests impaired brain iron acquisition in restless legs syndrome. Neurology 2003; 61:304.
4. Li X, Allen RP, Earley CJ, et al. Brain iron deficiency in idiopathic restless legs syndrome measured by quantitative magnetic susceptibility at 7 tesla. Sleep Med 2016; 22:75.

5. Godau J, Klose U, Di Santo A, et al. Multiregional brain iron deficiency in restless legs syndrome. *Mov Disord* 2008; 23:1184.
 6. Restless legs syndrome./ B. Yee [et al.]// *AustFam Physician* 2009; 38 (5): 296-300.
 7. Picchietti D, Allen RP, Walters AS, et al. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents--the Peds REST study. *Pediatrics* 2007; 120:253.
 8. Antelmi E., Rocchi L., Latorre A. et al. Restless legs syndrome: known knowns and known unknowns. *Brain Sci* 2022;12(1):e118. DOI: 10.3390/brainsci12010118
 9. Restless legs syndrome and polyneuropathy./ F. Gemignani [et al.]// *Mov Disord* 2006; 21 (8): 1254-1257.
 10. Restless legs syndrome./ B. Yee [et al.]// *AustFam Physician* 2009; 38 (5): 296-300.
 11. Pienczk-Ręclawowicz K, Pilarska E, Olszewska A, et al. The prevalence of the restless legs Syndrome/Willis-Ekbom disease among teenagers, its clinical characteristics and impact on everyday functioning. *Sleep Med* 2022; 89:48.
 12. Yilmaz K, Kilincaslan A, Aydin N, Kor D. Prevalence and correlates of restless legs syndrome in adolescents. *Dev Med Child Neurol* 2011; 53:40.
 13. Turkdogan D, Bekiroglu N, Zaimoglu S. A prevalence study of restless legs syndrome in Turkish children and adolescents. *Sleep Med* 2011; 12:315.
 14. Zhang J, Lam SP, Li SX, et al. Restless legs symptoms in adolescents: epidemiology, heritability, and pubertal effects. *J Psychosom Res* 2014; 76:158.
- Xue R, Liu G, Ma S, et al. An epidemiologic study of restless legs syndrome among Chinese children and adolescents. *Neurol Sci* 2015; 36:971.

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Э.Р. Гиззатуллин, А.Р. Мухаметгалимова – студенты 517 гр. лечебного факультета
Кафедра детских инфекций

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ассистент М.А. Ларионова

Актуальность. Избыточная масса тела и ожирение — это наиболее распространенные эндокринные нарушения у детей и подростков, частота которого среди детей школьного возраста в настоящее время достигает 25 — 30%. По оценке ВОЗ имеется тенденция к неуклонному росту, которая наблюдается с 1975 года. Согласно линейному прогнозу, если не предпринимать никаких мер, то к 2035-му году распространенность избыточной массы и ожирения среди детей в возрасте от 5 до 18 лет составит 32%. При этом наиболее часто встречающееся ожирение – конституционально-экзогенное, которое связано с нарушением пищевого поведения и малоподвижным образом жизни. Детское ожирение повышает

вероятность ожирения, преждевременной смерти и инвалидности во взрослом возрасте, в связи с чем, необходимо вовремя диагностировать подобные изменения и корректировать их.

Цель: оценить пищевое поведение у детей школьного возраста и его влияние на общие адаптационные механизмы организма.

Задачи: изучить распространенность и типы пищевого поведения среди детей 9-14 лет, оценить их нутритивный статус и состояние сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы: было обследовано 585 детей, пребывавших в Бюджетном учреждении здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский санаторий для детей «Ласточка» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики». Для оценки пищевого поведения использован голландский опросник DEBQ, адаптированный для детей. Для оценки антропометрических показателей использован ростомер механический медицинский, весы напольные. Оценка нутритивного статуса проведена путем расчета индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле. Состояние сердечно-сосудистой системы оценивалось с помощью пробы Руфье, которая представляет собой нагрузочный комплекс, предназначенный для оценки работоспособности сердца при физической нагрузке. Статистический анализ проведен с помощью Microsoft Excel. В ходе работы использованы следующие методы: библиометрический с анализом источников информации, метод анкетирования, эксперимент, а также статистический метод с применением корреляционного анализа.

Результаты. На первом этапе исследования были определены антропометрические показатели 585 детей, пребывавших в санатории в период с 10 февраля по 12 мая 2023 года. В результате первого этапа исследования в экспериментальную группу попало 126 детей с измененным показателем индекса массы тела: 12 (9,5%) с недостаточной массой тела, 72 (57,1%) с избыточной массой тела, 36 (28,6%) детей с ожирением 1 степени и 6 (4,8%) с ожирением 2 степени. Из них 60 (47,6%) мальчиков и 66 (52,4%) девочек. Средний возраст составил $10,6 \pm 1,46$ лет. На втором этапе исследования в экспериментальной группе проведено анкетирование детей и каждому ребенку выполнена проба Руфье. По результатам DEBQ у 62 % опрошенных выявлены нарушения пищевого поведения, в том числе: ограничительный тип пищевого поведения – у 18 (23%) детей; эмоциогенный – у 3 (3,8%); экстернальный – у 18 (23%). Комбинированные типы пищевого поведения выявлены у 39 (50%), из них все три типа нарушения пищевого поведения - у 12 (15,4%) опрошенных. Установлена прямая средняя корреляционная связь между индексом массы тела и индексом Руфье ($r=0,46$, $p<0,01$). Состояние сердечно-сосудистой системы по результатам пробы Руфье: удовлетворительное у 18 (14,3%), среднее у 66 (52,4%), выше среднего у 42 (33,3%) детей.

Выводы. Изменения пищевого поведения были выявлены у 62% детей с неоптимальным значением индекса массы тела. Из них наиболее часто отмечались ограничительный, экстернальный и комбинированные типы пищевого поведения. Также

обнаружена прямая средней силы корреляционная связь между значением индекса массы тела и индексом Руфье, оценивающим состояние сердечнососудистой системы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНОЧНОЙ ШКАЛЫ nSOFA ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СЕПСИСА И ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Е.С. Гладких, А.В. Мартынюк - клинические ординаторы 2 года обучения

Кафедра педиатрии факультета дополнительного профессионального образования

ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, Чита, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н.Г. Попова, к.м.н., доцент В.В.Кочерова

Актуальность: В 2016 году состоялся «Третий международный консенсус по определению сепсиса и септического шока (Сепсис-3)». В рамках новой концепции сепсис необходимо рассматривать как жизнеугрожающую острую органную дисфункцию, возникшую в результате нарушения регуляции ответа макроорганизма на инфекцию, что проявляется повреждением собственных тканей и органов. В периоде новорожденности внезапно возникшая полиорганная недостаточность (ПОН) может возникать не только при септических состояниях, но и при внутриутробной инфекции (ВУИ), тяжелой асфиксии. А значит, нужен способ быстрой оценки ПОН для диагностики сепсиса. Своевременная диагностика сепсиса у новорожденных, необходима не только для своевременной этиотропной и посиндромной терапии, но и для определения прогноза течения заболевания. Для этого применяется адаптированная к возрасту оценочная шкала остро возникшей органной дисфункции неонатальная SOFA (nSOFA).

Цель исследования: оценить эффективность использования шкалы nSOFA для диагностики генерализованной инфекционной патологии (врожденного сепсиса (ВС) и внутриутробной инфекции) у новорожденных разных сроков гестации (СГ).

Материалы и методы: Исследование проведено в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) Забайкальского краевого перинатального центра за период 2021-2022 гг. Ретроспективно оценены клинико-anamnestические данные 29 младенцев с полиорганными нарушениями и диагнозами врожденный сепсис, ВУИ, группа сравнения дети, родившиеся в тяжелой асфиксии, рожденных на разных сроках гестации, использованы формы 113/У-07 и 097/у. Сформированы 3 группы: 1 - (n=7) диагностированном врожденный сепсис, 2 - (n=18) младенцы с ВУИ, 3 группа (сравнения) - (n=5) с тяжелой асфиксией.

Статистическая обработка с помощью программ «Statistica-6.0», Microsoft Excel 2010. Распределения в группах было не нормальное, использованы Me [25-75], сравнение непараметрических показателей – критерием Фишера. Оценка факторов риска проводилась с

помощью отношения шансов (ОШ). Значимые различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Изучался: анамнез матерей, при поступлении в ОРИТН оценка по nSOFA, возбудитель инфекции, летальность. Возраст матерей групп сравнения не имел различий, более 80% случаев до 35 лет. Отягощенный акушерский анамнез (выкидыши и мертворождения) в 1 группе у 42,3%, и в 2-ой группе – 64,7%. Фетоплацентарная недостаточность – во всех группах с преобладанием субкомпенсированная форма (80%). Декомпенсация фетоплацентарная недостаточность развилась в 1 группе у 14,3%. Вагиноз выявлены в 1 и 2 группах: 28,6% и 35,3% соответственно, хориоамнионит при сепсисе – 42,8%, при ВУИ – 17,6%, при асфиксии – 60%, без значимой разницы. Цервицит и эндометрит выявлен только у матерей 2 группы – 52,9%. Соматические заболевания матерей в группах сравнения не имели значимых различий (регистрировались артериальная гипертензия, пиелонефрит, сахарный диабет). Во всех группах проведено экстренное оперативное родоразрешение (57,1%, 23,5%, и 40,0% соответственно, $p=1,0$). Во всех группах преобладали мальчики (в 1 – 57,1%, во 2-ой – 58,8%, в 3-ей – 80,0%), различий в сравнении с полом не выявлено. При поступлении в ОРИТН оценка по шкале nSOFA у выживших детей с врожденным сепсисом составила $Me\ 9,5 \pm 2,4$ баллов, у умерших $10,6 \pm 2,8$, во 2-ой группе выжившие имели $4,14 \pm 1,3$ баллов, умершие $5,3 \pm 2,2$, при асфиксии ПОН оценивалась в $5,6 \pm 2,7$ баллов. В клинической картине: в 1 группе у всех пациентов выявлены судороги и дыхательная недостаточность (ДН), а почечная и сердечно-сосудистая недостаточность (ССН) у 85,7%, гипергликемия у 57,2% гипо-гипергликемия у 41,8%. При ВУИ диагностирована у всех ДН, судороги и кровоизлияние в мозг у 33,3%, печеночная недостаточность у 16,6%, почечная недостаточность – 22,2%, гипергликемия у 27,8, гипогликемия у 22,2%. В 3 группе – судороги, ССН, и гипогликемия возникли у 80% детей, почечная недостаточность – 40%. Составила при врожденном сепсисе – 45,4%, при ВУИ – 25,0%, при асфиксии все дети выжили. Медиана срока гестации детей в 1 группе 27,8 недель [24,5-28,5], во 2 группе 30,5 [27,4-28], 3 группе 40,0 [38,6-40,5] ($p_1=0,002$, $p_3=0,007$), рождение на сроке менее 26 нед увеличивало риск летального исхода ОШ $27,5 \pm 0,5$ раз. Возбудителями врожденного сепсиса явились – *Staphylococcus haemolyticus* и *Escherichia coli* – 28,5%, *Klebsiella pneumoniae* – 14, 3%, в половине случаев возбудитель не выявлен. При ВУИ – кроме стафилококков и энтеропатогенных микроорганизмов выявлена уреаплазма – 44,4%, вирус герпеса 1,2 типов, ЦМВ – по 5,5%, не установлен возбудитель у 22,2%. В 3 группе уреаплазма выявлена у 40% детей, и сочетание стафилококков и кишечной палочки 40%.

Выводы: Применение только возраст адаптированной шкалы nSOFA не позволяет дифференцировать ВС или специфические ВУИ. Дополнительно необходимо выявлять этиологию заболевания. Недоношенность детей сочетается с повышением вероятности реализации врожденного сепсиса и ВУИ. Применение адаптированной к возрасту оценочной

шкалы остро возникшей органной дисфункции неонатальной SOFA (nSOFA) возможно в сочетании с оценкой анамнеза, клинической картины подозреваемой или установленной инфекцией, и определением возбудителя, что позволит своевременно планировать необходимое обследование и лечение пациента.

ГЛИСТНЫЕ ИНВАЗИИ И COVID-19: ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА

А. И. Зарипова, М.В. Куклихина - студентки группы 2303 педиатрического факультета
Кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, Казань, Россия

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н.А. Тамбова

Актуальность исследования. По данным ВОЗ в настоящее время, из 50 млн человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. Если брать структуру инфекционных заболеваний, то кишечные гельминтозы находятся на третьем месте. Существует стратегия борьбы с глистными инвазиями, принятая во всем мире. В РФ ежегодно на гельминтозы обследуются более 10 млн человек, большинство из обследуемых – дети. У детей встречаются более 15 видов паразитарных инвазий, наиболее распространенными являются лямблиоз, энтеробиоз, описторхоз, дифиллоботриоз, аскаридоз, гименолипидоз. Данные статистики: на первом месте энтеробиоз, на втором месте лямблиоз (на территории Российской Федерации регистрируется до 100 случаев лямблиоза в год, из которых 70-75% приходится на детей в возрасте до 17 лет). На территории Республики Татарстан за 6 месяцев 2022г по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, заболеваемость энтеробиозом снизилась на 6,4% (6 мес. 2022г 3406 сл, 6 мес.2022-3177 сл.)

Цель: изучить структуру паразитарной заболеваемости в группах 1- 2 года, 3-6 лет до возникновения острой респираторной инфекции, вызванной коронавирусом 2 (SARS-CoV-2), во время. Установить закономерности выявляемости у дошкольников.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе детской городской поликлиники №6

Результаты исследования. Исследования по гельминтозам проводилось методами: микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов (по Като), соскоб липкой лентой, нативный мазок кала на простейшие, определение кала яйца гельминтов и цисты простейших (метод с обогащением).

В структуре заболеваемости в группах 1-2 года по энтеробиозу в 2019 году-17 человек(что составляет 5,9% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), 3-6 лет 254 человека(что составляет 2,7% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), в 2020г 1-2 года -4 человека(что составляет 1,2% от

общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), 3-6 лет-188 человек(что составляет 2% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), в 2021г в группе 1-2 года 9 человек(что составляет 0,18% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), 3-6 лет 234 человека(что составляет 19% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), в 2022г в группе 1-2 года 14 человек(что составляет 0,28% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), в группе 3-6 лет 362 человека(что составляет 3,09% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике). По уровню выявляемости по полу нет достоверных различий в изучаемых группах.

В структуре заболеваемости в группах 1-2 года по лямблиозу в 2019 году-14 человек(что составляет 4,8% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), 3-6 лет - 89 человека(что составляет 1% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), в 2020г 1-2 года -12 человек(что составляет 3,7% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), 3-6 лет-42 человека(что составляет 0,4% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), в 2021г в группе 1-2 года 11 человек(что составляет 0,23% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), 3-6 лет 44 человека(что составляет 0,4% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), в 2022г в группе 1-2 года 11 человек(что составляет 0,22% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике), в группе 3-6 лет - 52 человека(что составляет 0,44% от общего количества детей, прикрепленных к данной поликлинике). По уровню выявляемости по полу – преобладают мальчики.

Выводы: 1. Представленные данные соответствуют статистическим справкам по указанным инфекциям, в структуре заболеваемости по гельминтозам в Российской Федерации.

2. В период разгара пандемии выявляемость гельминтозов снизилась во всех группах.

3. На сегодняшний день самая высокая выявляемость в группе 3-6 лет по энтеробиозу.

ВЛИЯЮТ ЛИ ИНФУЗИИ ПРЕПАРАТОВ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ И СУНКЦИНАТОВ НА РАЗВИТИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ?

А.В. Мартынюк, Е.С. Гладких - клинические ординаторы 2 года обучения
Кафедра педиатрии ФДПО

ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, Чита, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.Г. Попова, к.м.н., доцент В.В. Кочерова

Актуальность. Нетравматические внутрижелудочковые кровоизлияние (ВЖК) характерны для недоношенных детей со сроком гестации (СГ) менее 32 недель, являясь

причиной летального исхода или неврологической инвалидизации. У недоношенных новорожденных ВЖК встречаются в 60-90% случаев. Чем меньше срок гестации и масса тела при рождении, тем чаще и тяжелее ВЖК. В последние годы проблема ВЖК у новорожденных приобретает особое значение для России в связи с принятием законодательных актов об изменении порядка учета новорожденных. ВЖК - многофакторное заболевание, одной из причин является использование лекарственных препаратов, влияющих на кислотно-щелочной баланс плазмы крови.

Цель исследования. Оценить частоту развития ВЖК у недоношенных новорожденных при применении в раннем неонатальном периоде комбинированного препарата Инозин+Никотинамид+Рибофлавин+Янтарная кислота (Цитофлавин), Меглюмина натрия суццината (Реамберин), 0,9% раствора натрия хлорида

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в отделении реанимации новорожденных ГБУЗ ЗКПЦ, г.Чита. Ретроспективно за период 2020-2022гг оценены клинико-anamnesticheskie данные 192 младенцев, рожденных на СГ менее 32 недель, использованы форма 113/У-07 и 097/у. Все исследованные дети были поделены: 1 группа- (n=50) получивших в терапии цитофлавин (ЦФ), из них 1а- (n=11), реализовали ВЖК, 1б – (n=39) без ВЖК; 2 группа- (n=80) младенцы получившие терапию реамберином (РБ) 2а – (n=25) реализовали ВЖК, 2б- (55 детей) без ВЖК, 3 группа сравнения - дети с ВЖК, получившие терапию только физиологическим раствором, n=62.

Статистическая обработка с помощью программ «Statistica-6.0», Microsoft Excel 2010. В виду ненормальности распределения в группах, описание проведено Me [25-75], сравнение непараметрических показателей – критерием Фишера. Оценка факторов риска проводилась с помощью расчета Отношения шансов (ОШ). Значимые различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группах сравнивался анамнез, предрасполагающий к ВЖК. Возраст матерей групп сравнения не имел различий, 80% случаев до 35 лет. Отягощенное течение беременности: угрозы прерывания, истмикоцервикальная недостаточность, тяжелая преэклампсия, артериальная гипертензия, фетоплацентарная недостаточность – регистрировались во всех группах сравнения, без значимых различий. Соматические заболевания матерей в группах сравнения не имели значимых различий (чаще регистрировались артериальная гипертензия, сахарный диабет). Во всех группах проведено экстренное оперативное родоразрешение (59,0%, 36,0%, и 42,5% соответственно). Во всех группах выявлено предлежание последа в 38,5%, ягодичное предлежание (ЯП) у 23,1%, во 2 группе ЯП определено у 33,3%, а в 3 группе и у 31,4%. В 1 группе значимо чаще регистрировалось рождение детей в тяжелой асфиксии 51,7% случаев, что потребовало проведение нейрометаболической терапии Цитофлавином (во 2 и 3 группах по 27,8% и 7%, ($p_2=0,349$, $p_3=0,09$). Во 2 группе значимо чаще регистрировался хориоамнионит и эндометрит

у 53,8% матерей, что приводило к развитию генерализованной инфекции у ребенка, потребовавшей проведения дезинтоксикации Реамберином. (ОШ $2,8 \pm 0,4$ во 1 и 3 группах по 8,3% и 14,3% соответственно, ($p_1=0,03$ $p_2=0,158$). Во 1, 2 и 3 группах распределение детей по полу идентично мальчики 53,1,3%, 50,0%, и 55,0%.

Медиана срока гестации детей в 1 группе 24,5 нед [23,5-25,5], во 2 группе 27,0 [26,4-28], 3 группе 27,0 [25,6-28,1] ($p_1=0,002$, $p_3=0,007$).

При сравнении частоты ВЖК до назначения сукцината в 1 группе 72,7%, после - 9,0%, в группе 2 до назначения янтарной кислоты - 60,2%, после назначения – 25,0%. В 3 группе ВЖК 1 степени развили 21,8% детей, 2 степени 40,6%, ВЖК 3 степени 37,5%. При оценке поведения ВЖК в динамике в 3 группе при применении физиологического раствора увеличение степени ВЖК до 2 ст. составляло 13%, до 3 ст. 31,2%, умерло 46,8%, сохранность до 1 ст. составило 9,3%. Срок диагностики ВЖК в 1 группе 2,0 [1-3], во 2 группе 3 дн [2-3], в 3 группе Ме 3,4 [2-5] дней, без значимой разницы. Сутки прогрессирования ВЖК в среднем составило 6-7 день жизни. Также метаболический ацидоз купировался на фоне введения Цитофлавина через 7 часов (5-8 часов), Реамберином через 3 часа (2-4 часа), 0,9% NaCl через 26 часов (25-27). Метаболический алкалоз субкомпенсированный диагностировался на фоне введения Цитофлавина у 7% детей (что потребовало снижение скорости), Реамберином у 3% детей, 0,9% NaCl у 2% детей. Нормализация IR ренальных, церебральных и мезентериальных сосудов отмечалось через 12 ч (10-14 ч) после начала титрования Цитофлавина, через 26 ч (24-28 ч) после начала введения Реамберином, через 10-12 суток после введения 0,9% NaCl вазоспазм.

Выводы. Развитие ВЖК связано с отягощенным акушерским анамнезом матери, патологическим предлежанием плода и плаценты, эндометритом, хориоамнионитом, СГ менее 27 нед. Реализация ВЖК во всех группах была сопоставима - на 2-4 сутки жизни, что соответствует литературным данным. Назначение препаратов янтарной кислоты и сукцинатов не приводило к увеличению частоты развития ВЖК.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Р.Р. Набиева, Е.И. Морозова – студенты гр. 2406 и гр. 2409 педиатрического факультета
Кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Н.А. Тамбова

Актуальность. По данным статистики за последние годы (2019-2022 гг.), воспаление бронхов у детей в течение одного года 4 раза и более без стойких органических изменений в бронхолегочной системе не имеет тенденции к снижению. Отсутствует единая схема профилактики острого обструктивного бронхита (ООБ).

Цель исследования: создать алгоритм мер профилактики ООБ.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на базе детского стационара ГАУЗ ЦГКБ №18 г. Казани, детских городских поликлиник №6, №7, медицинской клиники «Эрда» методом анонимного анкетирования с согласия врачей и родителей. Использовались анкеты для 3-х возрастных групп. Было опрошено 32 врача-педиатра, 26 родителей детей до года – 1 группа; 41 родитель детей от 1 до 3 лет – 2 группа и 33 родителя детей от 3 до 6 лет – 3 группа. Среди детей до года средний возраст составил 8 месяцев, среди детей до 3х лет – 1,5 года, среди детей от 4 до 6 лет – 5,5 лет. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc).

Результаты исследования. Обструктивный бронхит у детей – это воспалительное поражение бронхиального дерева, которое протекает с обструкцией бронхов в результате воздействия инфекционных или неинфекционных факторов. Влияние вредных привычек у обоих родителей (соответственно по группам 75%, 82% и 79%) и вредного производства до зачатия (соответственно по группам 57%, 61% и 58%) и во время беременности (соответственно по группам 42%, 44% и 37%) играло роль в формировании инфекционно-аллергического заболевания – ООБ – действием потенцированной токсической и аллергенной нагрузки. Было отмечено превышение в 2 раза количества детей с отягощенным аллергологическим анамнезом во 2-3 группах по сравнению с 1 группой. Пищевая аллергия больше выражена у матерей второй и третьей групп (соответственно 100%, 67%) и у отцов первой группы (100%). Чаще всего аллергия у матерей была на рыбу, орехи, коровье молоко (во 2-ой группе анкетирования – 100%, в 3-ей группе – 75%). А у отцов – встречался поллиноз (12%) и аллергия на животных (75%). У детей первой группы встречается аллергия на персик, чернослив, банан, чернику (33,3%). Во второй группе (42%) - на молочные продукты, цитрус, шоколад. В третьей группе (48%) - на сладкое, пыльцу, рыбу. Лидирующую позицию среди сопутствующих заболеваний у детей 1-6 лет занимают железодефицитные состояния и хронические тонзиллиты. Охват вакцинацией согласно национальному календарю профилактических прививок имел разный показатель: меньшая приверженность отмечена во второй группе (61,4%). В группе 2 выявлено у 81% 2 вакцинации от дифтерии, столбняка и коклюша, в 34% - 1 вакцинация от гепатита, в 72% - неполная вакцинация от пневмококка. Во второй группе лишь у 1,7% была проведена вакцинация от гриппа. Неполный охват вакцинацией способствует частым заболеваниям и формированию хронических очагов инфекции, что также ослабляет иммунитет и приводит к развитию ООБ. Посещаемость ДДУ в период эпидемии: самая большая в 3-ей группе (87,5%), так как дети данной группы были более привержены к вакцинации по национальному календарю, куда входят в том числе прививки от гриппа. Частота острых респираторных инфекций превалировала у детей раннего возраста и отличалась от показателей детей 1 и 3 группы (соответственно $p<0,01$ и $p<0,05$).

Большее проявление признаков ООБ отмечалось в 3-ей группе: сухой и свистящий кашель (56%), влажный кашель с мокротой (25%), влажный кашель без мокроты (45,7%). Кашель продолжался в среднем течение 10 дней. Частый продуктивный кашель имел место у 36,4% детей, редкий малопродуктивный кашель отмечался у 63,6% пациентов, что связано с недостаточным мукоцилиарным клиренсом в этом возрастном периоде. Встречались признаки острой респираторной инфекции: ринит (87,5%), фарингит (90%), катаральный отит (10%), реже конъюнктивит (5%). Обструктивный синдром у пациентов развивался в среднем на 3 сутки от начала респираторного заболевания и продолжался 6-7 дней. Одышка возникала у всех детей и имела преимущественно экспираторный характер. Лихорадка отмечалась у большинства детей (57,5%) и длилась 3-4 дня. Субфебрильная температура была выявлена у 25% детей. Дыхательная недостаточность 1 степени отмечалась достоверно чаще у детей с острым обструктивным бронхитом, чем дыхательная недостаточность 2 степени. Наибольшее ускорение СОЭ (21 мм/ч) отмечено в 1-ой группе анкетирования, что связано с анатомо-физиологическими особенностями данного возраста, повышение IgE (58,3 МЕ/мл) - во 2-ой группе анкетирования, снижение IgA - в иммунограмме (написать данные) всех групп анкетирования.

Выводы. В нашей работе в развитии ООБ у детей весомый вклад оказывают вредные привычки родителей и условия их труда до зачатия и во время беременности, поэтому родителям следует вести здоровый образ жизни, закаливаться, отказаться от курения уже на стадии планирования беременности. Во избежание последствий аллергии, следует исключать пищевые аллергены, соблюдать сбалансированную диету во время беременности и в период вскармливания; не контактировать с животными и другими аллергенами, при наличии поллиноза следует достичь состояния ремиссии. У детей с ООБ с отягощенным преморбидным фоном повышена частота возникновения аллергических, инфекционных заболеваний и склонность к латентному дефициту железа. При первых симптомах ОРВИ детям нужно оставаться дома, проводить симптоматическое лечение ОРВИ в первые часы, во избежание осложнений. Так же необходимо закаливание и введение дыхательной гимнастики в ДДУ. Внедрение скрининга по ключевым анамнестическим признакам тоже позволит предупредить развитие ООБ у детей дошкольного возраста. Необходимо проводить санирование хронических очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний.

Вакцинация в декретированные сроки, особенно вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции, приведет к снижению случаев заболеваемости ООБ.

КОМПАЛЕНТНОСТЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**В.С. Невмержицкий, А.А. Шило – студенты 1410 группы лечебного факультета
2-ая кафедра детских болезней**

Актуальность. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), приверженность к лечению – это степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача в отношении регулярности приема лекарственного средства, его дозы и интервала между приемами, а повышение эффективности мероприятий, которые направлены на улучшение приверженности к лечению, может иметь гораздо большее влияние на здоровье населения, чем усовершенствование каких-либо отдельных врачебных манипуляций. В конце XX в. в США проблема неисполнения назначений стала рассматриваться как экономическая угроза в осуществлении реформ здравоохранения. По данным National Pharmaceutical Council без необходимости ежегодно затрачивается 8,5 млрд долларов на госпитализации и визиты врачей в результате несоблюдения пациентами графика приема и дозировки препаратов.

Цель исследования: оценить степень комплаентности в педиатрической практике.

Материалы и методы исследования: на базах УЗ «6-я городская детская поликлиника» и УЗ «3-я городская детская клиническая больница» было проведено открытое проспективное исследование в форме опросника с целью оценки уровня соблюдения детьми назначений лечащего врача. В нем приняли участие родители 72 детей, из которых 42 ребенка находились на амбулаторном лечении, а 30 – на стационарном. Родители детей отвечали на 6 вопросов, связанных с оценкой приверженности к лекарственной терапии и комплексом факторов способных на это повлиять. Положительный ответ на вопрос оценивался в 0 баллов, отрицательный ответ – 1 балл. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе Statistica 12. Распределение результатов опросника в группах амбулаторных и стационарных пациентов отличное от нормального, поэтому для оценки их статистической значимости был использован непараметрический критерий Вилкоксона.

Результаты исследования.

Результаты опроса (в баллах) стационарных пациентов по уровню комплаентности достоверно превышали показатели амбулаторных пациентов – 3,533 (0–6) против 2,095 (0–6), $p < 0,05$, $Z = 1,970$ (рис.1).

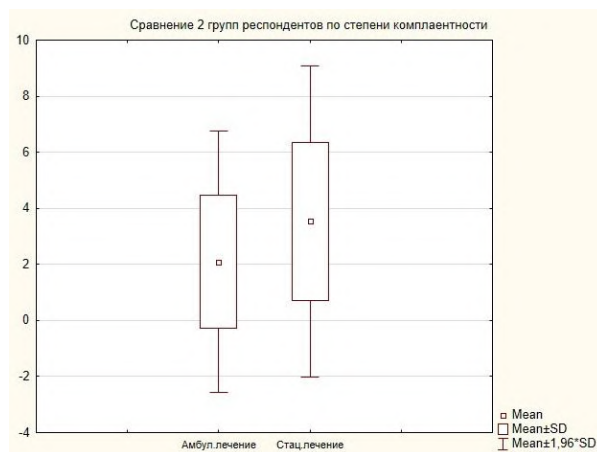


Рис. 1 – Графическое сравнение (Box Plot) распределения ответов на опросник в баллах у 2 групп пациентов.

Для определения насколько вид оказания медицинской помощи влияет на приверженность к приему лекарственных средств был проведен расчет показателя отношения шансов (OR) с оценкой его статистической значимости (табл.1) исходя из значений 95% доверительного интервала (95% CI).

Табл. 1 - Таблица сопряженности для расчета отношения шансов с 95% доверительным интервалом.

Показатель	Амбулаторное лечение (n = 42)	Стационарное лечение (n = 30)	Всего
Комплаентность-	30	12	42
Комплаентность+	12	18	30
Всего	42	30	72

Выявлено, что шанс обнаружения у пациентов, находящихся на амбулаторном лечении полной некомплаентности составил 2,500, среди пациентов на амбулаторном лечении полной комплаентности 0,667, отношение шансов – $OR=3,750$ (1,392-10,100). Частота встречаемости некомплаентности была выше в группе амбулаторных пациентов, чем в группе стационарных (n = 30) – 71,43% против 40% (n = 12), $\chi^2=7,112$, $p<0,01$.

Согласно данным устного опроса родителей, к преднамеренному снижению уровня комплаентности были отнесены: недостаточное информирование о состоянии здоровья/опасности заболевания и т.д. (n=31), личные предпочтения в тактике лечения (личный опыт, совет знакомых и т.д.) – n=22, опасение побочных эффектов лекарственных средств (n=17), недоверие врачу (n=9). К непреднамеренному снижению: забывали принимать лекарственные средства (n= 45), высокая стоимость лекарственных средств (n=18), дефицит лекарственных средств в продаже (n=9).

Выводы. Среди опрошенных нами родителей выявлен высокий процент полностью некомплаентных пациентов, что негативно сказывается на эффективности проводимого лечения и может являться фактором, способствующим более затяжному течению заболевания,

что в итоге приводит к социально-экономическим последствиям в виде увеличения затрат на лечение со стороны семьи и на медицинское обслуживание со стороны государственной системы здравоохранения. Возможным путем эффективного решения проблемы низкого уровня приверженности к лечению является комплексное воздействие на все или хотя бы большинство ее факторов и аспектов, а ключевая роль в данном процессе отводится лечащему врачу в проведении беседы с родителями о необходимости и целесообразности назначаемого лечения. Полученные результаты свидетельствуют, что шансы выявления у пациентов на амбулаторном лечении полной некомплаентности в 3,75 раз выше, чем у пациентов, находящихся на стационарном лечении. Наблюдаемая зависимость является статистически значимой, так как 95% CI не включает 1, значения его нижней и верхней границ больше 1.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИЕМА КИСЛОТУСУПРЕССИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

А.М. Ниматулаев, А.Ш. Абубакаров, Ё.С. Курбанова - студенты 6 курса педиатрического факультета

Кафедра госпитальной педиатрии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научные руководители – д.м.н., профессор А.А. Камалова, Г.И. Сагеева

Актуальность. Атрезия пищевода (АП) является одним из самых частых врожденных пороков развития. При отсутствии своевременного лечения высок риск развития тяжелых осложнений, вплоть до летального исхода. Осложнения, возникающие после хирургического лечения АП, представляют большую проблему современной педиатрии и хирургии. Чаще всего встречаются и определяют дальнейшую тактику и исход реканализация трахеопищеводного свища (ТПС), несостоятельность швов, стеноз анастомоза, гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) и трахеомалиция. Терапия ГЭР является важным компонентом профилактики послеоперационных осложнений и многократных эндоскопических вмешательств (бужирований).

Цель: оценка катамнеза пациентов в течение года после операции по поводу атрезии пищевода и сравнительный анализ эффективности кислотосупрессивной терапии.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 56 пациентов, оперированных и получивших лечение в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» с 2015 по 2022 год с диагнозом атрезия пищевода. Из них 9 недоношенных (16,3%). У 50 пациентов (89,3%) - атрезия пищевода с нижним ТПС, у 6 пациентов (10,7%) - сочетание нижнего и верхнего ТПС.

Анализировались следующие параметры: количество койко-дней в отделении реанимации новорожденных (ОРН), общее количество койко-дней в первую госпитализацию,

срок старта энтерального питания (ЭП), сроки достижения объема питания 50% и 100% от физиологической потребности после операции, и количество бужирований в первый год жизни в зависимости от применения и длительности кислотосупрессивной терапии. Дети были разделены на 3 группы: 1 группа, n=32, не получала кислотосупрессивную терапию, 2 группа, n=10, получала кислотосупрессоры во время госпитализации, 3 группе (n=14) кислотосупрессоры назначались во время госпитализации и в дальнейшем в течение 1 года жизни постоянно.

Результаты исследования. Медиана (Me) количества койко-дней в ОРН у 1 группы составила 10 сут, у второй - 11,5 сут, у третьей – 9 сут ($p^{1-2-3}>0,05$).

Среднее общее количество койко-дней во время первой госпитализации у 1 группы составило 31 сут. у 2 группы – 32,5 сут, у 3 группы – 23 сут. ($p^{1-2}=0,74$, $p^{1-3}=0,01$, $p^{2-3}=0,02$).

Старт ЭП в среднем приходился на 6,5 сут. у 1 группы и на 7 сут. у детей 2 и 3 группы ($p^{1-2-3}>0,05$).

50% объема питания от физиологической потребности достигалось на 17 сут. у 1 группы, на 19,5 сут. у 2 группы и на 12 сутки у 3 группы ($p^{1-2}=0,34$, $p^{1-3}=0,06$, $p^{2-3}=0,04$).

100% достижение объема питания отмечалось на 26 сутки после операции у 1 группы, 28,5 сут. у 2 группы и 19,5 сут. у 3 группы ($p^{1-2}=0,44$, $p^{1-3}=0,02$, $p^{2-3}=0,02$).

В 46,4% случаев дети получали искусственное вскармливание, в 23,2% – естественное, в 30,4% – смешанное.

Среднее количество бужирований у 1 группы пациентов в течение 1-го года жизни составило 11,5, у второй группы – 3,5, у 3 группы – 0 ($p^{1-2}=0,0038$, $p^{1-3}<0,001$, $p^{2-3}=0,01$).

Выводы: Таким образом, применение кислотосупрессивной терапии, ее продолжительность влияют на длительность госпитализации, сроки достижения объема питания согласно физиологической потребности и количество бужирований на 1 году жизни детей со свищевыми формами атрезии пищевода после операции. Наилучшие результаты, особенно в отношении количества бужирований, были обнаружены в группе детей, получавших терапию длительно, в течение не менее 1 года после операции, что диктует необходимость назначения антисекреторных препаратов у данной категории пациентов off-label.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ: ОБЩИЙ
ВАРИАБЕЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ДЕФИЦИТ. АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ
СИНДРОМ: ДЕФИЦИТ АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ 2 (МУТАЦИЯ С.752ОТ В ГЕНЕ
АОА2 (СЕСК1))**

З.А. Алискандиева – к.м.н., доцент; А.Л. Магомедова- клинический ординатор
Кафедра педиатрии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Первичные иммунодефициты (ПИД) – это стойкие, генетически детерминированные дефекты одного или нескольких звеньев иммунной системы, то есть являющиеся следствием наличия генетического блока на определенном уровне развития компонентов иммунной системы, препятствующего нормальному осуществлению иммунных функций. Это относительно редкие, врожденные заболевания иммунной системы, проявляющиеся повышенной чувствительностью к инфекциям бактериальной, протозойной, вирусной, грибковой этиологии, различной тяжести и локализации. ПИД характеризуется полиморфностью клинической картины, однако в целом ее можно свести к следующим пунктам: первые проявления начинаются в первые недели жизни в виде неуправляемой диареи, бактериальных и грибковых инфекций кожи и слизистых, прогрессирующего поражения респираторного тракта, пневмоцистных пневмоний, вирусных инфекций гипоплазии лимфоидной ткани. Возбудители инфекций – из разных таксономических групп: грибы (*Candida*, *Pneumocystis carinii*), бактерии, вирусы. ПИД неуклонно растет, на данный момент частота больных в России составляет 1 случай на 10000-100000 живых новорожденных. Лечение ПИД является заместительная терапия Ig; трансплантация костного мозга.

Цель-ранняя диагностика, маршрутизация и своевременное лечение детей с ПИД.

Материал и методы исследования: курация пациента, которая предполагает оценку симптомов заболевания и его тяжести.

Представляем клинический случай пациента с ПИД 13 лет.

Ребенок К. 16.01.2010 г.р. болеет с 25.09.2017 года, когда обратилась в поликлинику по м/ж с жалобами на повышение температуры тела до 39.5 С ежедневно, до 3-4 пиков в день, на 2-й день от начала заболевания появилась сыпь на нижних конечностях, боли в суставах. Неоднократно получала лечение стационарно по м/ж без положительной динамики и была направлена в СПбГПМУ на консультацию. Первоначально трактовалась как больная дерматомиозитом: клиническая симптоматика с приступами лихорадки, утомляемостью, нарастающей мышечной слабостью, кожным (древовидное ливедо) и суставным синдромом, покашливанием, поперхиванием, лабораторной активностью, однако смущали нормальные уровни внутриклеточных ферментов, отрицательные иммунологические маркеры дерматомиозита, характер кожного поражения, нормальная структура мышц при проведении МРТ. За время госпитализации в ПО №3 исключены: опухолевый процесс, СКВ, вир.гепатит С, патология щитовидной железы, паразитозы, герпес-вирусная инфекция, ВЗК, повторно исключен гемобластоз, гемоглобинопатии. Выполнена биопсия кожного лоскута - данных в пользу узелкового полиартериита нет. По месту жительства исключены: бруцеллез, кишечные инфекции, ВИЧ, вирусный гепатит В, герпес-вирусная инфекция, токсоплазмоз, гемобластоз.

Гормональная терапия была начата амбулаторно в Дагестане. В ПО №3 отмечался хороший ответ на терапию ГКС, после старта пульс-терапии купированы лихорадка, мышечная слабость, но в дальнейшем, на стабильной дозе гормональной терапии 1 мг/кг 23.01.18 лихорадка до 38,9С. 31.01.18 вновь лихорадка до 38,3С, купирована приемом НПВС, при осмотре вновь мышечная слабость. В связи с плохо контролируемым течением заболевания на гормональной и цитостатической терапии, решено провести введение ВВИГ в иммуносупрессивной дозе 2 гр/кг, что выполнено 01.02.18 и 02.02.18, всего 50 гр. в сочетании с введением солумедрола 500 мг перед введением ВВИГ. На фоне гормональной терапии побледнели элементы ливеноидной сыпи, но появился субфебрилитет в ночное время, а с 05.02.18 ночные пики температуры и боли в бедрах, температура чувствительна к НПВС и в течение оставшихся суток стойко нормальная. 08.02.18 проведен консилиум в составе зав. каф. госпитальной педиатрии проф. д.м.н. Часнык ВГ, зав. Отд. к.м.н. Калашниковой О.В., леч. врача к.м.н. Дубко М.Ф., доц. д.м.н. Костик М.М., асс. Масаловой В.В., асс. Гайдар Е.В., врачей Снегиревой Л.С., Исуповой Е.А. наиболее вероятным диагнозом недифференцированное заболевание соединительной ткани или АВЗ. Рекомендовано: Частичное таргетное секвенирование для подтверждения диагноза АВЗ, МРТ по программе «все тело», ЭНМГ. С 09.02.18 увеличена дозировка метипреда до 1,5 мг/кг/сут, на фоне чего лихорадки купированы, улучшилось самочувствие ребенка, купированы боли в бедрах, воспалительная активность. 15.02.18 кровь на частичное таргетное секвенирование отправлена в центр Д.Рогачева. 03.05.18 получены результаты генетического исследования - частичного таргетного секвенирования в центре Д. Рогачева - в гене АПА2 (СЕСК1) выявлена замена одного нуклеотида в гомозиготном состоянии с.752С>Т, приводящая к замене аминокислоты р.Рго251Ьеи. Данный вариант встречается в базах данных аллельных вариантов человека с низкой частотой (дipotАП Ехотез - 0.00003252). Он описан в литературе как патогенный.

В июне 2018: Девочка с доказанной патогенной гомозиготной мутацией в гене белка АЭА2 (СЕСК1) повторно обсуждена на консилиуме подтвержден аутовоспалительный синдром дефицит аденозиндезаминазы 2, рекомендован старт терапии энбрелом. Первое введение 29.06.18. Сразу после введения стойко нормализовалась температура тела, улучшилось самочувствие. Получала биологическую терапию энбрелом с 29.06.2018 г. по середину сентября 2018 года (далее - отмена из-за отсутствия препарат по месту жительства). Преднизолон не получает с 07.2018 г. За период монотерапии энбрелом жалоб не предъявляет, обострения основного заболевания не отмечалось. После отмены энбрела обострений основного заболевания не было.

Анамнез жизни: Ребенок от 1-й доношенной беременности, на фоне цитомегаловирусной инфекции. Роды срочные, без осложнений. Вес - 3000. Рост - 52см. Апгар 7/86. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания - ОРЗ. Профилактические

прививки получила по календарю. Детские инфекции: ветряная оспа. Брак не родственник. Туберкулез и вен. заболевания в семье отрицают. Наследственный анамнез: у деда по линии отца серповидно-клеточная анемия. Аллергологический анамнез не отягощен.

При госпитализации в мае 2019г. Масса-28 кг, рост-129см стоя, рост сидя-106 см. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, активна, контактна. Выросла на 2 см за 3 мес. Кожные покровы чистые, без гипертрихоза, без ливеноидного рисунка на коже.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистые ротоглотки чистые, обычной окраски, влажные. Миндалины не увеличены. По другим органам и системам без патологии.

Выводы: в ходе проведенного лечения препаратом Энмбрел была достигнута стойкая ремиссия по сегодняшний день. Находится под наблюдением аллерголога по месту жительства.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНГИБИТОРА ЯНУС-КИНАЗ УПАДАЦИТИНИБА У ПАЦИЕНТОВ С ЮНОШЕСКИМ АРТРИТОМ

М.А. Румянцев - студент 01-85 группы, лечебное дело, персонализированная медицина,

И.А. Криулин, Е.А. Крехова, Т.Ю. Криулина - ассистенты кафедры

Кафедра педиатрии и детской ревматологии

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),

Москва, Россия

Научные руководители – д.м.н., профессор Е.И. Алексеева, д.м.н. Т.М. Дворяковская

Актуальность. Юношеский артрит – это артрит неустановленной причины, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет при исключении другой патологии суставов. Несмотря на существующую современную противоревматическую терапию, поиск новых терапевтических опций для лечения юношеского артрита по-прежнему актуальный вопрос в практике педиатра и детского ревматолога.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения ингибитора янус-киназ упадацитиниба у детей с юношеским артритом

Материалы и методы исследования. В ретроспективный анализ включены данные 30 пациентов детского возраста старше 12 лет и при весе ≥ 40 кг (однократно ребенку в возрасте 9 лет), которым был назначен упадацитиниб в суточной дозе 15 мг перорально. Пациенты наблюдались в специализированном ревматологическом отделении на базе ФГАОУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, г. Москва. Назначение упадацитиниба проводилось по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия законного представителя пациента и пациента старше 15 лет. Характеристика пациентов и оценка эффективности терапии проводилась пациентам с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) без системных проявлений. Эффективность упадацитиниба в группе оценивалась по

проценту улучшения по педиатрическим критериям Американского колледжа ревматологии (АКРпеди) и индексу активности JADAS-71 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score). Использовалась дискрептивная статистика и сравнение результатов группы с применением критерия Вилкоксона.

Результаты исследования. В анализ были включены данные 30 пациентов. 43% мальчиков и 57% девочек; 23% - с пауциартикулярным юношеским артритом, 34% - с полиартритом, серонегативным по РФ, 20% с полиартритом, серопозитивным по РФ, 23% с юношеским анкилозирующим спондилитом (ЮАС). В качестве первой линии терапии упатацитиниб был назначен 1 пациенту. 97% пациентов ранее получали системные ГКС 43%, метотрексат - 40%; циклоспорин - 27%; лефлуномид 20%, сульфасалазин – 16%; азатиоприн – 6,7%; микофенолата мофетил – 6,7% пациента. Медиана длительности лечения системными ГКС и/или болезнь-модифицирующей противоревматической терапии составила 6,34 лет (IQR 3,79- 10,44 лет). Медиана длительности применения ГИБП составила 4,11 года (IQR 1,94-8,93 лет). Упатацитиниб применялся в качестве монотерапии у 34% пациентов, у 17% - в сочетании с абатацептом (при этом 1 участник одновременно получал абатацепт, метотрексат и упатацитиниб), 13% – с адалимумабом, 13% – с метотрексатом, 10% – с секукинумабом, у 7% – с голимумабом, у 3% – с тоцилизумабом, у 3% – с циклоспорином. У всех пациентов на момент назначения упатацитиниба отмечался активный суставной синдром и/или повышение лабораторных показателей активности (СОЭ, СРБ). Оценка эффективности терапии упатацитинибом проведена через 14 дней у 30 пациентов и через 3 месяца у 5 после старта терапии. Через 14 дней после инициации терапии упатацитинибом зарегистрировано статистически значимое уменьшение числа суставов с активном артритом, снижение показателя СОЭ и сывороточной концентрации СРБ, активности по ВАШ врача и индексу JADAS-71, улучшение CHAQ.

Выводы. Доказано, что упатацитиниб – эффективный препарат для лечения юношеского артрита как в монотерапии, так и в сочетании с иммунодепрессантами и генно-инженерными биологическими препаратами, также терапия упатацитиниба позволила снизить активность заболевания за короткие сроки (14 дней), ее применение безопасно у пациентов с юношеским артритом без системных проявлений.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ПРИВИВКАМ ДЕТЯМ СРЕДИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Т.В. Фисунова, Е.В. Черняева - студентки

Кафедра педиатрии № 1

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Научный руководитель д. м. н., проф. Назаретян В. Г.

Актуальность: в настоящее время как никогда актуальна тема профилактических прививок детям, особенно среди молодых и неопытных родителей. Это связано с тем, что в 21 веке все имеют доступ в интернет, люди могут узнать информацию о чем угодно на этом ресурсе. Многие доверяют ему больше, чем специалистам с высшим медицинским образованием. Но проблема в том, что обычный человек совсем не разбирающийся в данном вопросе, не может отличить действительно полезную, правильную информацию от недостоверной, которая составляет большую часть от всей информации. Читая истории на различных форумах, родители все больше начинают сомневаться в эффективности и тем более в безопасности профилактических прививок. И это кажется совершенно обоснованным, ведь из историй других родителей они узнают, что у некоторых детей после вакцинации заболела голова и мышцы, поднялась температура, такие истории приводят к не доверию к врачам, а соответственно и к отказу от вакцинопрофилактики.

Цель: сравнить отношение к вакцинопрофилактике у городских жителей и у жителей сельской местности, узнать процент родителей, которые негативно относятся к вакцинации, а также выявить факторы, которые могли способствовать формированию того или иного отношения к профилактическим прививкам.

Материалы и методы исследования: для анализа отношения к вакцинопрофилактике было проведено анонимное анкетирование родителей детей разного возраста города Краснодар и Буденовского района. Общее число информантов составило 100 человек. В зависимости от места их проживания они были разделены на две группы – проживающие в сельской местности (n=50) и в городе (n=50). Анкета состояла из 10 вопросов, которые позволили оценить субъективное отношение информантов к вакцинации, и выявить факторы, влияющие на их отношение.

Результаты исследования: при анализе анкет было выявлено следующее – 59% респондентов положительно относятся к вакцинации и считают ее эффективным методом профилактики инфекционных заболеваний; 22% респондентов имеют негативное отношение к вакцинации, считая, что вакцинация вредит здоровью ребенка; а 19% респондентов имеют нейтральное отношение и считают, что вакцинация не эффективна, но и не вредит здоровью их детей.

Если же говорить отдельно о городском населении то, мы увидим, что подавляющее большинство родителей, а именно 66%, положительно относится к вакцинации, 20% имеют негативное отношение, и лишь 14% нейтральное. В качестве факторов, которые могли бы влиять на формирование отношения родителей к вакцинации, были приведены следующие пункты: 1) образование, 2) источник информации и 3) наличие детской поликлиники по месту жительства. Среди информантов, имеющих положительное отношение к вакцинопрофилактике, 70% имеют высшее образование, остальные 30% среднее; среди

информантов, имеющих негативное отношение, 30% с высшим образованием, а 70% со средним, такая же ситуация обстоит и в группе информантов с нейтральным отношением.

Лидирующим источником информации в группе родителей с положительным отношением к вакцинации стал медицинский персонал и составил 82%, остальные родители выбрали в качестве источника интернет, опыт друзей и знакомых и другие источники. Среди родителей с негативным отношением 60% выбрали в качестве источника медицинский персонал, остальные 40% другие источники. А среди родителей с нейтральным отношением 71% отметили медицинский персонал, а 29% другие источники.

Также было замечено, что в анкетах родителей, относящихся к городскому населению, все без исключения ответили положительно на вопрос о наличии детской поликлиники по месту жительства.

Проанализировав анкеты информантов сельской местности можно отметить, что 52% родителей имеют положительное отношение к вакцинации, 24% имеют негативное и столько же родителей имеют нейтральное отношение. Причем 35% из группы, которая положительно относится к вакцинации, имеют высшее образование, остальные 65% имеют среднее. В группах родителей с негативным и нейтральным отношением все без исключения имеют среднее образование.

Среди источников информации жители сельского населения преимущественно выбирали медицинский персонал (54% родителей с положительным отношением, 75% родителей с негативным отношением, 58% родителей с нейтральным отношением), а остальными были выбраны другие источники информации.

Важно заметить, что в анкетах родителей сельской местности на вопрос о наличии детской поликлиники по месту жительства не было отмечено ни одного положительного ответа.

В анкете содержался еще один вопрос, который касался непосредственно причин, по которым родители отказывались от вакцинации. Самой популярной причиной среди информантов городского населения стала боязнь осложнений (53%), на втором месте стоят сомнения в качестве используемых вакцин (35%), а на третьем месте наличие медотвода у ребенка (12%). Среди причин медотвода были отмечены: аллергическая реакция, иммунодефицитные состояния. Среди сельского населения на первом месте стоит также боязнь осложнений (60%), на втором сомнения в качестве используемых вакцин (40%).

Выводы: подводя итоги своего исследования, я могу отметить, что количество информантов, положительно относящихся к вакцинопрофилактике, в целом больше, чем тех, кто относится к ней негативно или нейтрально. Но процент родителей с положительным отношением все же больше среди городских жителей.

Мы считаем, что возможной причиной данных показателей может служить то, что в

сельской местности, где проводился опрос, нет детской поликлиники, в которой врач педиатр мог бы проконсультировать родителей по всем вопросам, которые касаются вакцинации. Также к причинам можно отнести еще и тот факт, что подавляющее большинство родителей сельской местности, а именно 82% имеют среднее образование, а среди городского населения большинство информантов (58%) имеют высшее образование. Но данный фактор никак не влияет на источник информации, которым пользуются родители, и у городского населения, и у сельского на первом месте стоит медицинский персонал и составляет 76% и 60% соответственно.

С целью увеличения количества людей с положительным отношением к вакцинации следует повышать уровень знаний родителей о том, какие вакцины используются, какие могут быть последствия отказа от вакцинации, а также о том какие поствакцинальные осложнения могут проявиться у ребенка. Все эти знания могут дать родителям только врачи, которые имеют достаточно высокий уровень профессиональной подготовки.

СВЯЗЬ ГИПОАЛЬБУМИНЕМИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АЗОТИСТОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ОТЁКОВ В ДЕБЮТЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

**К.С. Букатов, А.А. Володина, А.С. Нечаева -студенты 6 курса педиатрического
факультета**

Кафедра педиатрии педиатрического факультета

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Научный руководитель - доцент кафедры, к.м.н. А.Н. Шibaев

Актуальность: частота встречаемости нефротического синдрома составляет по разным данным около 5 случаев на 100000 детского населения. Нефротический синдром представляет собой клиническую форму разных по этиологии и патогенезу заболеваний, каждое из которых имеет свою стратегию лечения и прогноз. Этим обусловлена актуальность изучения данной проблемы.

Цель исследования: выявить зависимость между выраженностью протеинурии, содержанием креатинина, мочевины, холестерина, общего белка, альбумина сыворотки крови и выраженностью отёков в дебюте нефротического синдрома у детей.

Материалы и методы исследования: отобраны медицинские карты 48 пациентов в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на лечении в нефрологическом отделении ГБУЗ ДГКБ №1 г. Твери в период с 2011 по 2021 годы с «нефротическим синдромом» различной этиологии. Из них было отобрано 12 пациентов с дебютом нефротического синдрома на основании соответствия клинических (отёки) и биохимических (выраженность протеинурии более 50 мг/кг в сутки, гипоальбуминемии менее 30 г/л и наличие гиперлипидемии) данных

определению нефротического синдрома у детей.

Для выполнения корреляционного анализа проведено ранжирование выраженности отёков по принципу:

0 баллов – нет отеков;

1 балл – наличие только периферических отёков;

2 балла – периферические отёки и полостные отёки, локализованные только в одной полости;

3 балла – периферические отёки и полостные отёки множественной локализации.

Статистический анализ результатов осуществлялся при помощи вычисления коэффициентов корреляции по Спирмену (при сравнении количественных признаков и при сравнении качественных и количественных признаков).

Результаты исследования. Возраст детей составил 1-16 лет, из них было 10 мальчиков и 2 девочки (соотношение – 4,3:1,0). Средний возраст детей – 6,3 лет.

Корреляция между максимальным уровнем общего белка сыворотки крови и выраженностью отёков была положительная слабая: $r = 0,434$ ($P < 0,2$).

Корреляция между содержанием креатинина сыворотки крови и выраженностью отёков отрицательная слабая: $r = -0,355$ ($P < 0,5$).

Корреляция между содержанием холестерина сыворотки крови и выраженностью отёков положительная слабая: $r = 0,43$ ($P < 0,2$).

Корреляция между суточной протеинурией (в пересчёте на площадь поверхности тела) и максимальной гипопроteinемией отрицательная слабая: $r = -0,395$ ($P < 0,5$).

Корреляция между суточной протеинурией (в пересчёте на массу тела) и максимальной гипопроteinемией отрицательная слабая: $r = -0,343$ ($P < 0,5$).

Также было проведено сравнение таких показателей, как альбумина и мочевины с отёками, минимального уровня общего белка крови с отёками, суточной протеинурии с отёками, максимального уровня общего белка крови и альбумина с суточной протеинурией. Эти расчёты не выявили значимой корреляционной связи между ними.

Результаты нашего исследования согласуются с данными литературы, посвящённой этой проблеме. Полученные данные подтверждают сложность механизмов формирования отёков при нефротическом синдроме, в частности, по данным литературы, изучается роль в патогенезе нефротического синдрома, следующих факторов: нарушение внутрисочечного кровообращения, локальное выделение аутокоидов, усиленная реабсорбция белка и влияние эндогенных натрийуретических веществ.

Выводы. Установлена слабой силы прямо пропорциональная зависимость между уровнем общего белка и холестерина сыворотки крови и выраженностью отёков, и слабой силы обратно пропорциональная зависимость между содержанием креатинина сыворотки крови и

выраженностью отёков, а также между суточной потерей белка и гипопроотеинемией в дебюте нефротического синдрома у детей. Не выявлено достоверной прямо пропорциональной зависимости между выраженностью протеинурии и отёчного синдрома.

Механизмы формирования отёков при нефротическом синдроме сложны и требуют дальнейшего изучения.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЯ МИОКАРДА У КРАЙНЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Е.Н. Тягушева - студентка 301 гр. специальности педиатрия

Кафедра педиатрии Медицинского института

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им.

Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Научные руководители- к.м.н., доц. Науменко Е.И., д.м.н., доц. Власова Т.И.

Актуальность. В раннем неонатальном периоде у всех недоношенных имела место низковольтная ЭКГ. Однако степень ее выраженности была меньше, чем у плода. Низкая биоэлектрическая активность, видимо, связана с адаптационными изменениями в миокарде, требующими высокого уровня функционирования ССС в условиях изоляции от организма матери. Развитие недоношенных детей в утробе идет в условиях значительного напряжения всех систем материнского организма и негативно влияет на электрофизиологическое формирование миокарда, приводя к нарушению адаптационных процессов гемодинамики у новорожденных, в результате чего уменьшается образование макроэргов в митохондриях кардиомиоцитов, преобладает углеводный компонент обмена, возникает тканевый ацидоз, что в дальнейшем усугубляет и пролонгирует проявления постнатальной дезадаптации.

Цель исследования. выявить особенности постнатальной адаптации электрической функции миокарда у недоношенных новорожденных по данным электрокардиографии (ЭКГ).

Материалы и методы исследования. ЭКГ недоношенных детей (n=68): 1 группа исследования -дети с очень низкой (ОНМТ n=40) и 2-я группа сравнения -с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ n=28). 3-я группа-контроля-50 доношенных новорожденных.

Результаты исследования. Средний вес при рождении у детей 1 группы составил 1370 ± 29 гр, у детей 2 группы - 864 ± 33 гр ($p=0,000$). Балл по шкале Апгар на 1 минуте был у новорожденных с ЭНМТ $4,42 \pm 0,41$ ($p \leq 0,05$), тогда как у детей 2 группы он составил $5,5 \pm 0,27$. У всех новорожденных на ЭКГ регистрировался синусовый ритм. Средняя ЧСС в исследуемых группах не отличалась и составила $148,4 \pm 4,1$ и $145,6 \pm 2,6$ уд/мин, что выше, чем у доношенных новорожденных $133,7 \pm 3,2$ уд/мин ($p \leq 0,05$), Только у 3 обследованных глубоко недоношенных детей (3.5%) в раннем неонатальном периоде ЧСС вышла за пределы 98 перцентиля и составила $189,7 \pm 4,64$ уд/мин. У 9% недоношенных детей зарегистрированы эпизоды

синусовой брадикардии с ЧСС в среднем $86,2 \pm 3,75$ уд/мин вследствие глубокого гипоксического угнетения пейсмекерной активности клеток синусового узла и незрелости центральных механизмов регуляции сердечного ритма. Длительность интервалов P ($0,065 \pm 0,0033$, $p < 0,005$), PQ ($0,0989 \pm 0,001$, $p > 0,05$) у детей 1 группы больше, чем у детей 2 группы, но не превышала нормальные значения, длительность интервала QRS немного меньше у детей группы сравнения. Важным показателем электрической стабильности миокарда является длительность электрической систолы-интервал QT ($0,263 \pm 0,0037$) и скорректированный QTc ($409,68 \pm 5,53$) во 1 группе больше, чем в 2-й ($0,254 \pm 0,0043$) и QTc ($395,8 \pm 7,08$, $p < 0,05$). Значения QTc выше верхней границы нормы в этом возрасте 470 мс (482-499 мс) наблюдались только в группах недоношенных детей.

Во всех исследуемых группах выявлялся широкий спектр ишемически-опосредованных нарушений, находившихся в тесной зависимости от степени гестационной зрелости. Прежде всего, это касалось выявляемости ST-T нарушений. Среди недоношенных по сравнению с контрольной группой часто выявлялись ST-T нарушения (62% и 44% против 7% соответственно, $p < 0,001$). Реже регистрировалось отклонение сегмента ST у 14,3% недоношенных детей.

У 20% новорожденных 1 группы на ЭКГ амплитуда зубца «Р» превышала 3.5мм, что свидетельствует о перегрузке правого предсердия, у 15% перегрузка правого желудочка, в 2 раза реже эти изменения регистрировались у детей 2 группы и только у 2% детей группы контроля. У трети недоношенных детей выявлялись нарушения проводимости по правой ножке п. Гиса.

Вывод. Адаптация сердечно-сосудистой системы у недоношенных детей, особенно с экстремально низкой массой тела, характеризуется более напряженными электрофизиологическими процессами в миокарде, чем у доношенных.

ОЦЕНКА АППЕТИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ВОЗМОЖНЫ ЛИ НОВЫЕ ПОДХОДЫ?

Л.А. Фирсова - студентка 502 группы педиатрического факультета
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Н.В. Евдокимова

Актуальность. Определение аппетита как субъективного ощущения голода играет важную роль в постановке некоторых диагнозов. Как правило, ребенку предлагается заполнять дневник питания в течение некоторого времени, определять объем питания с помощью метода тарелок. Существуют более сложные методики для оценки пищевого поведения, например, исследование с помощью Голландского опросника пищевого поведения или с использованием

визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) для оценки аппетита. Несмотря на большое разнообразие существующих техник, ни один из этих методов не позволяет оценить субъективный голод объективным методом: аппетит определяется косвенно (метод тарелок, Голландский опросник пищевого поведения), сложность или длительность исполнения (ВАШ, дневник питания).

Цель исследования. Определить возможно ли применение новых техник и методик для определения аппетита у детей школьного возраста. Провести пилотную апробацию нового визуально-оценочного метода, который смог бы позволить оценить аппетит у ребенка, наиболее точно и экономя время пациента и лечащего врача.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие учащиеся одной из Петербургских школ и пациенты многопрофильной клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (16 человек, из них 11 девочек и 5 мальчиков; 6-15 лет, $M = 12$ лет 1 мес). Каждому ребенку была проведена антропометрия с определением ИМТ и вычислением его Z-score с помощью программ WHO Anthro и WHO AnthroPlus. Помимо этого, всем испытуемым было предложено выбрать картинку, которая соответствовала бы их обычному аппетиту. Ряд картинок представлен рисунком девочки, изображающей один из пяти вариантов аппетита (1 вариант – аппетита нет; 2 вариант – аппетит есть, но плохой; 3 – аппетит нормальный, эталонный; 4 – аппетит немного избыточный; 5 – аппетит чрезмерный). Далее были предложены утверждения: «Я могу потерпеть и не есть, даже если сильно голоден» (У1), «Когда я голоден у меня болит живот» (У2), «Когда я голоден у меня урчит в животе» (У3), «Я не бываю голоден» (У4), «У меня возникают мысли о еде» (У5), «Я никогда не хочу есть и не ем» (У6), «Я хочу есть, но мне не разрешают столько, сколько я захочу» (У7), «Я хочу есть только то, что я люблю, а не то, что приготовят дома» (У8), «Я не могу контролировать себя, ем больше всех» (У9), «Еда вызывает у меня отвращение» (У10). К каждому утверждению прилагались варианты ответа: «Очень редко», «Редко», «Иногда», «Часто», «Очень часто». Проведена статистическая обработка данных.

Результаты исследования. Прямая корреляционная связь найдена между Z-score ИМТ и номером картинки ($r = 0,53$, $p < 0,05$), а также с ответами на У4 ($r = 0,4$); а обратная с У2 ($r = -0,34$), У1 ($r = -0,3$), У2 ($r = -0,33$), У3 ($r = -0,3$), У6 ($r = -0,45$), У7 ($r = -0,68$), У9 ($r = -0,4$), У10 ($r = -0,36$). Прямая зависимость также найдена между выбранной картинкой и ответами на следующие утверждения: У4 ($r = 0,3$), У5 ($r = 0,3$), а обратная зависимость с У2 ($r = -0,36$), У6 ($r = -0,54$), У7 ($r = -0,68$), У8 ($r = -0,3$), У9 ($r = -0,37$).

Выводы. Отклонения ИМТ от должноствующих значений напрямую связаны с номером выбранной картинки: чем больше ИМТ, тем аппетит более избыточный, что также подтверждается прямой корреляционной связью с ответом на У4. Помимо этого, большие значения Z-score связаны со сложностью переносить голод, отсутствием болей и урчания в животе натощак, отсутствием препятствий для получения еды в желаемых объемах,

субъективным ощущением самоконтроля в пищевом плане, а также с отсутствием отвращения к еде. Это подтверждается практически идентичными взаимосвязями между выбранной картинкой и утверждениями, за исключением прямой зависимости с У5 и обратной с У8: для более активного аппетита характерно возникновение мыслей о еде и непривередливость в питании.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

П.А. Меджидова - студентка 6 курса 9 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова

Актуальность. Развитие лапароскопии позволяет значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом.

Цель исследования. Оценка эффективности лапароскопической эхинококкэктомии.

Материалы и методы. В период с 2019 по 2022 гг. ДРКБ г. Махачкалы проведена лапароскопическая эхинококкэктомия 8 детям - 5 (62,5%) мальчикам и 3(37,5%) девочкам в возрасте от 6 до 16 лет. Алгоритм диагностики включал в себя лабораторные обследования, УЗИ и КТ печени, рентгенографию грудной клетки. По сегментарному делению кисты располагались преимущественно в 4 и 5 сегментах(70%). Показаниями для проведения лапароскопической эхинококкэктомии являлись солитарные, поверхностно расположенные кисты диаметром не более 5см.

Результаты исследования. Во всех случаях лапароскопического лечения технические трудности не отмечены. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. У двоих детей при контрольном обследовании обнаружены псевдокисты. В одном случае псевдокиста осложнилась нагноением, что потребовало повторного оперативного вмешательства.

Выводы:

- преимуществом лапароскопической эхинококкэктомии является малотравматичный доступ;
- при соблюдении показаний не уступает по качеству ближайших и отдаленных результатов традиционному лапаротомному вмешательству;
- должна быть приоритетом и методом выбора, поскольку она позволяет получить выраженный клинико-экономический эффект, при этом значительно сокращаются сроки пребывания больного в стационаре;
- при всех ее преимуществах не может полностью заменить лапаротомный подход к печени.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРУТА ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

П.А. Меджидова - студентка 6 курса 9 группы педиатрического факультета

Актуальность. Перекрут придатков матки является нередкой причиной острой боли в животе, требующей немедленного оперативного лечения.

Цель. Определить эффективность лапароскопических вмешательств при перекрутах придатков матки.

Материалы и методы. С 2018 по 2022 гг в ДРКБ находились 36 девочек с перекрутом яичников. Возраст от 8 месяцев до 15 лет. Давность заболевания от нескольких часов до 4 суток. Правосторонний перекрут наблюдался в 24 случаях, левосторонний в 12. Все дети были оперированы эндоскопически. При лапароскопии применялся трехпортовый доступ. Использовалось оборудование фирмы KarlStorz. Средняя продолжительность операции составила 30-40 минут. Оперативное пособие включало в себя деторсию придатков. При наличии кисты яичника, производилась цистэктомия. В 5 случаях у детей с некрозом яичника выполнялась видеоассистированная аднексэктомия. Производили удаление придатков только в случаях их явной нежизнеспособности.

Результаты исследования. Осложнений в ходе операции и в послеоперационном периоде не было. После органосохраняющих операций УЗ мониторинг показал наличие кровотока в яичниках. Средний срок пребывания в стационаре составил 7 дней. Рецидивы перекрута не наблюдались.

Выводы. Лапароскопическая технология позволяет значительно снизить травматичность вмешательств, добиться выраженного снижения болевого синдрома, скорейшего восстановления и укорочения послеоперационного койко-дня.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ
А.Б. Бургуева - студентка 5 курса 12 группы педиатрического факультета
Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова

Актуальность. Инородные тела (ИТ) - это наиболее часто встречаемая и очень опасная патология детского возраста, но чаще всего это малыши 1-3 лет, что обусловлено привычкой «пробовать все на вкус».

Цель. Анализ результатов лечения детей с ИТ пищеварительного тракта.

Материалы и методы исследования. За последние 5 лет в ДРКБ им. Кураева в г.

Махачкала на лечении находилось 617 детей с инородными телами ПТ. По возрасту больные распределились следующим образом: до 3 лет - 431(70%); 4 -7 лет – 123 (20%) 7-15 лет – 63 (10%).

ИТ пищевода, общее количество 332. Из них монеты 128 - 38%, батарейки - 117- 35%, иголки – 45 - 13%, булавки – 33 - 10 %, стекло – 9 - 2,7 %. ИТ желудка, общее количество 78. Монеты – 25 - 32% , батарейки 24 - 30% , иголки – 15 -19%, булавки – 10 – 13 %, магниты – 14 – 18 %. ИТ кишечника, общее количество 207; монеты – 20 - 9,6% , батарейки - 28 - 13,5, иголки – 13 - 6,2%, магниты – 16 – 7,7 % (и другое).

Диагностика проводилась первоначально по обзорной рентгенографии, а потом по мере необходимости, проводился дополнительный метод исследования – фиброгастродуоденоскопия.

Осложнения:

1.Перфорация кишечника магнитами -15 детей

2.Перфорация пищевода- 4 детей

Результаты исследования. Из 617 детей у 382 детей ИТ извлечены эндоскопически (332 из пищевода, 50 из желудка). У 225 ИТ вышло со стулом (24%). 15 детей (2,4%) оперированы по поводу перфорации кишечника магнитами. Выполнена лапаротомия, удаление ИТ, ушивание перфоративных отверстий. У 10 детей (1,6%) детей электрохимический ожог пищевода. 2 (0,4%) детям из них потребовалось длительное бужирование. В 4 случаях (1.2%) ИТ (батарейка) вызвала перфорацию пищевода, повреждение стенки пищевода, и в 1 случае- повреждение стенки трахеи.

Выводы.

1. При подозрении на инородное тело верхних отделов ЖКТ необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования.

2. Отсутствие рентгенологических признаков инородного тела не исключает выполнения диагностической ФГДС.

3. Применение гибких эндоскопов сужает показания к применению ригидных эндоскопов при извлечении инородных тел из пищевода, позволяет улучшить качество диагностики.

ПАТОЛОГИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.В. Калямова, А.Р. Мухамадиярова - студенты 2412 и 2402 гр. педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. В.И. Морозов, к.м.н. Р.Я. Яфясов

Актуальность: Патология придатков матки у детей (девочек) имеет значительный удельный вес в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. В большинстве случаев заболевания сопровождаются острым болевым абдоминальным синдромом, который, (как известно) не является специфическим определенной формы заболевания. Кроме того, по данным статистических годовых отчетов детских медицинских учреждений России в последние годы отмечается существенный рост новообразований придатков матки у девочек. Все вышеизложенное определяет актуальность нашей темы.

Цель: Провести качественный и количественный анализ состава оперативных вмешательств, выполненных у девочек разного возраста, по поводу наиболее часто встречающихся патологий придатков матки у девочек на базе ДРКБ г. Казань.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ 364 историй болезни девочек, которым проводились хирургические вмешательства по поводу патологий придатков матки как в плановом, так и в экстренном порядке за период с января 2016 года по март 2023 года.

Результаты исследования: Число пациентов до 1 года составило 12 девочек (3,3%); 1-3 лет – 9 девочек (2,5%), 4-7 лет – 24 девочек. (6,6%), 8-12 лет – 77 девочек (21%), 13-17 лет – 235 (64,5%). Средний возраст пациентов составлял 12,3 лет.

За исследуемый период в 177 (48,6%) случаях отмечалась патология правых придатков, левых - 140 (38,5%), правых и левых - 47 (12,9%). У 327 пациентов новообразования придатков были представлены 1 узлом, у 9 - 2 узлами, у 1 - множественные кисты.

По нозологии все новообразования придатков матки были обозначены как: новообразования без предположительной этиологии - 26,3%, параовариальные кисты - 24,7%, кисты яичников - 29,6%, дермоидные кисты и тератомы - 11,5%, гидатиды маточной трубы - 1,6%, поликистоз - 0,8%, множественные кисты - 0,3%.

За данный период по неотложным показаниям прооперирована 101 (27,7%) девочек, у 53 (53,4%) из них был перекрут яичника, у 25 (24,7%) - апоплексия, у 4 (3,9%) - сочетание апоплексии с перекрутом.

У 188 (51,6%) пациентов операция полностью выполнена видеолaparоскопически, у 133 (36,5%) выбран лапаротомный доступ, у 43 (11,9%) выполнена конверсия.

Установлено, что опухолевидные процессы имели средний диаметр - 6,9 см, объем - 270 см³.

Удаление опухоли в пределах тканей здорового придатка произведено у 320 (87,9%) девочек, тубоварэктомия потребовалась 44 (12,1%), в 74 (20,3%) случаях дополнительно выполнена биопсия сальника, лимфоузлов.

По результатам гистологических исследований опухолевидные новообразования имели картину: серозной параовариальной кисты – 90 (38,5%), функциональной кисты яичника - 80 (34,2%), серозной кисты яичника – 50 (21,4%), муцинозной кисты яичника – 14 (5,9%).

Герминогенные опухоли яичников диагностированы в 81 (25,7%): из них 20,1% – доброкачественные, 1,3% - низкоккачественные, 1,4% - промежуточной злокачественности, 2,9% - злокачественные.

В 296 (94%) случаев интраоперационный диагноз совпадает результатам гистологического исследования, в 19 (6%) отмечалось расхождение интероперационного диагноза и гистологического заключения.

Выводы:

- 1) Треть пациентов была прооперирована по поводу острого болевого абдоминального синдрома, одной из основных причин которых являлся перекрут яичника.
- 2) Новообразования у девочек в основном были представлены доброкачественными или функциональными опухолями.
- 3) Чем больше объем опухоли и солидный компонент, тем выше вероятность того, что процесс в придатках матки носит злокачественный характер.
- 4) Большая доля новообразований придатков матки встречается у девочек подросткового периода, что требует проведения активных диспансерных мероприятий по диагностике данной патологии (активные УЗИ мониторинги органов малого таза у девочек препубертатного и пубертатного периода в учебных заведениях)

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Э.Б. Вагабова - студентка 511 гр. педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - Х.Ш. Шамхалов., к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова

Актуальность. Гидроцефалия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Ее выявляют у 0,1–2,5% новорожденных, часто сопутствует врожденным порокам развития ЦНС. Она занимает 2 место в структуре детской нейрохирургической патологии после ЧМТ. Основными методами лечения гидроцефалии являются эндоскопический и метод имплантации шунтирующей системы, что обеспечивает разрешение внутричерепной гипертензии.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения детей с гидроцефалией.

Материал и методы. В условиях НХО ДРКБ г. Махачкала по поводу гидроцефалии различной этиологии за период 2020-2022 гг. было прооперировано 118 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет. Из них 62 пациента относятся к категории первичных, 56 пациентов обратились по причине дисфункции ранее установленной шунтирующей системы. Из 62 пациентов в 49 случаях проводилась установка ВПШ, в 1 случае - ВАШ, в 10 случаях использовался метод

вентрикулосубгалеального дренирования для недоношенных детей, в 2 случаях метод эндоскопической тривентрикулостомии.

Результаты исследования. Благоприятное течение раннего и позднего послеоперационного периодов и регрессирование внутричерепной гипертензии отмечалось у всех 118 пациентов(100%). В дальнейшем 1(2%)из первично оперированных пациентов обратились по причине дисфункции шунтирующей системы, с гипердренированием 3(5%), с шунтиинфекцией 2(3%),с некорректной имплантацией вентрикулярного катетера 1(1.6%). Летальность на фоне тяжелой декомпенсированной гидроцефалии среди всех пациентов в 2020 г составило 29%. В 2021 году 12,5%,в 2022 г 2,5%.

Выводы. Таким образом, изучение результатов хирургического лечения пациентов с разными формами гидроцефалии показывает, что индивидуальный выбор метода хирургического лечения гидроцефалии обеспечивает разрешение гидроцефального синдрома и нормальное психическое и физическое развитие ребенка. Адекватное дренирование ЦСЖ после установки шунтирующей системы способствует уменьшению размеров желудочков, исчезновению перивентрикулярного отека, утолщению вещества мозга, появлению субарахноидальных пространств.

Эндоскопический метод позволяет обеспечить достижение результата, минуя установку шунтирующей системы при окклюзионной гидроцефалии.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВИЗКЬЮ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Г.А. Эльдарова – врач - офтальмолог, молодой ученый

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ГБУ РД НКО "Дагестанский центр микрохирургии глаза" Минздрава РД, Каспийск

Научный руководитель – д.м.н., профессор А. Д. Алиев

Актуальность. Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) — хроническое прогрессирующее многофакторное заболевание, характеризующееся прогрессирующим дегенеративным процессом в пигментном эпителии (ПЭ), мембране Бруха (МБ) и хориокапиллярном слое макулярной зоны сетчатки, который приводит к постепенному стойкому снижению центрального зрения. Неоваскулярная форма возрастной макулярной дегенерации (нВМД) отличается патологическим неоангиогенезом (прорастанием новообразованных сосудов через дефекты мембраны Бруха), серозной отслойкой пигментного или нейроэпителиа сетчатки, геморрагическими осложнениями, что влечет высокую инвалидизацию населения (90%) за счет необратимого снижения зрительных функций.

Данный процесс является ведущей причиной снижения зрительных функций среди лиц старшей возрастной группы в экономически развитых странах. По последним данным распространенность нВМД составляет 32%, а среди лиц трудоспособного возраста этот показатель составляет 21%. В России заболеваемость ВМД составляет более 15 на 1000 населения. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2050г. число людей старше 60 лет во всем мире увеличится втрое.

Цель исследования – оценка эффективности применения препарата Визкью в комплексном лечении неоваскулярной формы возрастной макулярной дегенерации.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 127 пациентов (113 глаз). Среди них 57 мужчин и 70 женщин в возрасте от 55 до 75 лет. В зависимости от применяемого метода лечения были сформированы две группы пациентов. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, а также оптическая когерентная томография (ОКТ) высокого разрешения (RTvueXR 100 "AVANTI"OPTOVUE).

Критерием включения в исследование явилось наличие клинически значимого макулярного отека (КЗМО), как индикатора активности заболевания.

Зрительные функции и данные ОКТ оценивались до лечения, через 3 недели, 3, 6, 12 месяцев после лечения, с последующим наблюдением на протяжении 2-х лет.

1 - я группа (88 пациентов) получала комплексное лечение, которое включало

субтеноновое введение дипроспана (0,5 мл) с последующим (через 10-15 дней) интравитреальным введением ингибитора неоангиогенеза бролуцизумаба (Визкью) в рекомендуемой дозе - 6,0 мг (0,05 мл). Данная схема имеет патентное подтверждение (Патент РФ № 2635530 "Способ лечения макулярного отека сетчатки" от 13.11.2017г.). То есть, проводились 3 загрузочные инъекции Визкью каждые 4 недели. При наличии положительного результата, следующее ИВВ ИА проводилось через 8 недель, последующая положительная динамика позволяла увеличить интервал еще на 8 недель + 2 недели.

2 - я группа (39 пациентов) получала интравитреальное введение бролуцизумаба (Визкью) в объеме 6,0 мг (0,05 мл). Первая фаза (фаза стабилизации), включала 3 загрузочные инъекции ИА с интервалом в 4 недели; вторая фаза (фаза поддержания) характеризовалась тем, что кратность инъекций была индивидуальна и зависела от динамики зрительных функций и анатомических изменений по данным OCT.

Результаты исследования. В обеих группах максимальный терапевтический эффект отметили в сроки от 3 до 6 мес. В дальнейшем только в 1-й группе, получавшей комплексное лечение, к концу срока наблюдения острота зрения оказалась статистически значимо выше исходных данных, что свидетельствует о стабильности достигнутого результата.

Из результатов, представленных в таблице, следует, что у пациентов контрольной группы наблюдается незначительное (в среднем на $0,2 \pm 0,01$) и кратковременное повышение остроты зрения в 25% случаев (22 глаза). Несмотря на проводимое лечение, к концу наблюдения снижение зрительных функций (в среднем до $0,45 \pm 0,01$) было отмечено в 88% случаев (77 глаз).

Комплексное лечение, проводимое пациентам с неоваскулярной формой ВМД, позволило получить следующие результаты: максимальное повышение остроты зрения наблюдалось в сроки от 3 до 12 месяцев, к концу срока лечения в группе сравнения оно составило $0,7 \pm 0,01$ в 79% случаев (69 глаз).

Таблица 1. Морфо – функциональные изменения у пациентов на фоне терапии нВМД

Сроки наблюдения	Средняя острота зрения $p < 0.05$		Толщина центральной зоны сетчатки $p < 0.05$	
	Комплексное лечение	ИВВ (Визкью)	Комплексное лечение	ИВВ (Визкью)
До лечения	$0,10,09 \pm 0,0$ $p=1,0$	$0,09 \pm 0,01$	$482,0 \pm 17,1$	$480,9 \pm 12,1$
3 месяца	$0,3 \pm 0,03$ $p > 0,05$	$0,2 \pm 0,01$	$379,4 \pm 10,0$	$368,7 \pm 11,2$
6 месяцев	$0,35 \pm 0,2$ $p > 0,05$	$0,2 \pm 0,02$	$378,2 \pm 13,0$	$399,4 \pm 10,0$
9 месяцев	$0,4 \pm 0,01$ $p=0,00$	$0,45 \pm 0,01$	$365,3 \pm 10,1$	$397,4 \pm 10,0$

12 месяцев	$0,7 \pm 0,01$ $p=0,00$	$0,45 \pm 0,01$	$278,2 \pm 11,1$	$369,4 \pm 10,3$

В контрольной группе максимальная острота зрения (в среднем $0,45 \pm 0,01$) отмечалась в сроки до 6 - 9 месяцев, и к концу срока наблюдения она оказалась статистически значимо ниже исходных данных в 91% случаев (80 глаз).

По данным ОКТ толщина центральной зоны сетчатки (ТЦЗС) сократилась до $369,4 \pm 10,3$ мкм в 66% случаев (58 глаз). Отмечалась резорбция субретинальной и интравитреальной жидкости преимущественно к 9-му месяцу наблюдения. В группе контроля положительная динамика в виде уменьшения ТЦЗС наблюдалась в сроки от 3-х до 6 месяцев, в последующем имело место ее увеличение.

Выводы. Полученные результаты подтверждают практическую значимость комплексного метода лечения нВМД. Так, у пациентов 1 - й группы достигнуто сокращение толщины центральной зоны сетчатки уже после первой комбинации препаратов. Максимальное значение остроты зрения достигнуто уже после 3 - й инъекции. Во 2 - й группе данные показатели имели динамику только после 5 - й инъекции. В случае проведения монотерапии, оптимальным количеством, необходимых для достижения максимального анатомо-морфологического результата является выполнение 5 - 6 загрузочных инъекций.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Р.Ш. Курбанова – студентка 442 группы лечебного факультета,
А.О. Османова – студентка 208 группы педиатрического факультета
Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н., профессор Р.М. Рагимов, к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. На сегодняшний день немаловажное значение имеет нарушение рефракции оптической системы глаза у детей, где довольно сложно адекватно оценить функциональные резервы светопроводящих и преломляющих сред этой системы.

Одним из механизмов обеспечения качественного зрения в постоянно меняющихся условиях является аккомодация, позволяющая четко видеть предметы, расположенные на разном расстоянии. Роль аккомодации, как одного из главных регуляторов рефрактогенеза, неоднократно подчеркивалась отечественными офтальмологами [1].

Известно, что человеческий глаз различает не только форму, но и цвета. Цветовосприятие и острота зрения являются функцией колбочкового аппарата сетчатки и связанных с ним проводников и нервных центров и, наряду с нарушениями рефракции, цветоразличительная функция и периферическое зрение также имеют весомое значение. Их

патология вызывает трудности в социальной адаптации ребенка, так как существует целый ряд профессий, требующий нормальное цветовое, периферическое и бинокулярное зрение, что важно учесть в последующем при выборе будущей специальности [2].

Цель исследования – анализ основных показателей зрения у детей дошкольного (5–7 лет) и школьного возраста (7 - 9 лет).

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 53 дошкольника в возрасте от 5 до 7 лет (средний возраст – $6,3 \pm 0,453$), из которых 28 девочек и 25 мальчиков, состоявшие в подготовительных группах детского сада №68 г. Махачкалы, и 73 школьника в возрасте от 7 до 9 лет (средний возраст – $7,9 \pm 0,616$), среди которых 28 девочек и 45 мальчиков – ученики 1 и 2 классов прогимназии №68 г. Махачкалы. Предварительно от родителей было получено информированное добровольное письменное согласие на проведение обследования детей. Статистическая обработка проводилась в компьютерной программе «Статистика 10.0», используя метод описательной статистики, а различия в исследуемых группах — по критерию Стьюдента и Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Для определения остроты зрения у детей школьного возраста использовали стандартные таблицы с буквенными знаками, расположенными в 12 строк (Сивцева– Головина), а для детей подготовительных групп детского сада – оптометрическую таблицу Орловой. Для измерения полей зрения использовали настольный периметр Форстера. Метод позволяет определить нормальные границы поля зрения и способность глаза к периферическому восприятию [1]. Установление вида цветовосприятия проводили с помощью полихроматических таблиц Рабкина, состоящих из 48 карточек, поделенных на разные секции, где первые 27 – это база теста, остальные – контрольные. Опыт Мариотта проводился для уточнения локализации слепого пятна, а именно обнаружения на сетчатке участка не содержащего фоточувствительных элементов.

Первую контрольную группу составили дети младшего возраста — 46 человек с нормальной остротой зрения, согласно возрастной динамике остроты зрения по Е.И. Ковалевскому, оптимальным цветоощущением (трихромазией), широкими полями зрения, с правильной локализацией слепого пятна, а вторую контрольную группу 65 детей с соответствующими нормативными показателями.

Результаты исследования. Показатели остроты зрения среди дошкольников и школьников (табл.1).

Таблица 1.

Показатели остроты зрения (по таблицам Орловой и Сивцева– Головина)

Visus OD/OS	Дошкольный возраст				Школьный возраст			
	мальчики		девочки		мальчики		девочки	
	п	%	п	%	п	%	п	%

OD=2.0, OS=2,0	13	24,5%	3	15,09%	11	15,49%	2	2,8 %
OD=1.5, OS=2.0	3	5,6 %	1	1,88 %	2	2,81 %	1	1,4 %
OD=1.5, OS=1.5	3	5,6 %	2	3,77 %	7	13,2 %	7	13,2 %
OD=1.0, OS=1.5	1	1,88 %	1	1,88 %	5	7,04 %	2	2,8 %
OD=1.5, OS=1.0	1	1,88%	1	1,88%	3	4,2 %	1	1,4 %
OD=1.0, OS=1,0	2	3,7 %	9	16,9 %	8	11,26%	7	9,85%
OD=0.9, OS=1.0	1	1,8 %	2	3,77 %	5	7,04 %	1	1,4 %
OD=0.7– 0.9, OS=0,7– 0.9	1	1,8 %	9	16,9 %	4	5,63 %	7	9,85 %
Итого:	25		28		45		28	

Наиболее высокая острота зрения (OD=2.0, OS=2,0) характерна для мальчиков дошкольного возраста, по сравнению с учащимися 1– 2 классов ($p>0,01$). Статистически значимой разницы между показателями остроты зрения девочек и мальчиков нет ($p>0,05$).

Низкая острота зрения встречалась в отдельных случаях (OD=0,4, OS=0,6; OD=0,2, OS=1,0 у дошкольников с нормальной трихромазией), а у детей 2 класса OD=0,1, OS=0,4 – при наличии протанопии и узкого поля зрения.

По результатам проведенного исследования цветоощущение в полном объеме прослеживается у 69 школьников из 71, соответственно трихромазия составляет 97,2%. Остальные 2,8% (2 мальчика) – протанопия, или протаномалия, которая сопровождается нарушением восприятия интенсивности, насыщенности и яркости красного цвета. У детей младшей возрастной группы протанопия составила 1,8 % (1 девочка из 28).

Результаты периметрии приведены в табл.2 и табл.3.

Таблица 2.

Данные периметрии у девочек и мальчиков разных возрастных групп

Цвет	Направление	Мальчики		Девочки	
		Левый глаз	Правый глаз	Левый глаз	Правый глаз
Белый	Сверху	48,0 ± 1,9	46,2 ± 2,0	37,4 ± 2,6	44,0 ± 2,3
	Снизу	57,3 ± 4,0	52,2 ± 2,6	46,0 ± 2,7	46,0 ± 2,8
	Слева	64,0 ± 4,0	51,3 ± 1,5	52,0 ± 3,3	51,0 ± 2,1
	Справа	56,4 ± 2,5	75,2 ± 3,0	52,0 ± 2,5	57,0 ± 3,3

Результаты показывают, что поле зрения у девочек шире, чем у мальчиков. Проведенное сравнение различий между полем зрения левого и правого глаза у девочек и мальчиков указывают на определенную закономерность: ширина поля зрения для правого глаза больше справа, а для левого глаза больше слева ($p>0,01$).

Таблица 3.

Зависимость поля зрения от исследуемого глаза (группа школьников 1– 2 классов)

Цвет	Направлен ие	Мальчики		Девочки	
		Левый глаз	Правый глаз	Левый глаз	Правый глаз
Белый	Сверху	45,0 ± 1,9	43,2 ± 2,0	34,4 ± 2,6	41,0 ± 2,3
	Снизу	54,3 ± 3,0	49,2 ± 2,6	43,0 ± 2,7	43,0 ± 2,8
	Слева	61,0 ± 4,0	48,3 ± 1,5	49,0 ± 3,3	48,0 ± 2,1
	Справа	53,4 ± 2,5	72,2 ± 3,0	49,0 ± 2,5	54,0 ± 3,3

При сравнении результатов группы дошкольников и школьников было выявлено, что поле зрения шире у первых. У детей со сниженной остротой зрения, узкими полями показатели достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p > 0,01$).

Также был проведён опыт Мариотта (табл.4). Для непосредственного подсчета диаметра слепого пятна используется формула: $X = 16,8 \cdot a / b$, где X – диаметр слепого пятна в миллиметрах, a – диаметр круга в миллиметрах, b – расстояние между бумагой и глазом в миллиметрах, $a = 20$ (постоянный показатель).

Примечание: в норме диаметр слепого пятна равен 0,8 – 2,0 мм

Таблица 4.

Распределение по размеру слепого пятна школьников и дошкольников

Размеры слепого пятна	Школьники	Дошкольники
0,6– 0,9 мм	14,0 %	12,2 %
0,9– 1,1 мм	66,3 %	72,5 %
1,2– 2,2 мм	19,7 %	15,3 %

Чем меньше диаметр слепого пятна, тем выше острота зрения у ребенка, больше поле и чувствительность бокового зрения.

При анализе полученных данных было обнаружено, что среди детей дошкольного возраста увеличение диаметра слепого пятна (15,3%) преимущественно встречалось у мальчиков (67%). Но изменения этого показателя не влияют на величину остроты зрения у мальчиков ($OD = 2,0$ $OS = 1,5$), тогда как у девочек, по нашему мнению, ведёт к снижению ($OD = 0,8$, $OS = 0,6$).

На основании проведённого исследования сделаны следующие **выводы**:

1. Широта поля зрения у девочек больше, чем у мальчиков;

2. Чем старше исследуемая группа, тем меньше широта поля зрения;
3. У детей обеих групп хорошо выражено распознавание цветов, но встречаются единичные отклонения в восприятии красного цвета.

Литература.

1. Аветисов, Э.С. Близорукость / Э.С. Аветисов // М.: Медицина; 1999. – 288 с.
2. Романова, А.Н. Методические рекомендации к лабораторным занятиям по физиологии человека и животных для студентов института естествознания / А.Н. Романова // Калуга: КГУ им. К.Э. Циолковского, 2012. – 156 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Е.А, Богомолова – студентка П504А группы, педиатрического факультета

Кафедра факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и

симуляционным центром ИДПО

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель – ассистент, Р.Р. Гафурова

Актуальность. Согласно оценке Всемирной Организации Здравоохранения, проводившей исследование на протяжении 2000-2020-х годов, мировая заболеваемость по критерию нарушений функций аппарата зрения составляет более 3 млрд человек, из которых около 265–369 млн являются несовершеннолетними. В силу высокой распространенности патологии органа зрения среди детей и подростков необходимо выявить особенности и отличительные черты физического развития данной возрастной группы с нарушениями зрения. В силу возрастных особенностей формирования органа зрения, на настоящий момент преобладающими методиками по коррекции остроты зрения, а также снятию спазма аккомодации и формированию бинокулярного зрения являются офтальмо-терапевтические процедуры в комплексе с физическими и физиотерапевтическими методиками лечения.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение эффективности комплексного подхода к лечению детей с диагнозами миопии, гиперметропии, астигматизма с применением офтальмотерапевтических и физических методик.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование основано на сравнении результатов остроты зрения у двух групп респондентов, общая численность которых составила 62 человека. Основную группу, численностью 31 пациент, составили пациенты, лечение которых основывалось на применении только офтальмотерапевтических процедур, а именно лазер-стимуляции сетчатки (красный лазер при непрогрессирующем течении заболевания, зелёным – при прогрессирующем), фотомагнитостимуляции, электроокулолестимуляции мышечного аппарата глаза, компьютерные игровые паттерн-стимуляторы. Контрольную

группу пациентов, численностью 31 человек, составили пациенты, получавшие, помимо офтальмотерапевтического лечения, физиотерапевтическое лечение, а именно лечебный массаж шейно-воротниковой зоны, плавание в бассейне с тренером. Критериями включения респондентов в настоящее исследование были установленный врачом-офтальмологом диагноз миопии, гиперметропии, астигматизма с прогрессирующим/непрогессирующим течением, возраст респондентов от 6 до 13 лет. Перед включением официальные представители респондентов ознакомились и подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в соответствии с «Правилами клинической практики в Российской Федерации» и принципами Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Научно-исследовательская работа была одобрена локальным этическим комитетом в рамках утвержденного плана научных работ ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, протокол исследования предусматривал конфиденциальность и защиту персональных данных пациентов.

Результаты исследования. Оценка остроты зрения у респондентов основной и контрольной группы проводилась через 1,5 месяца в рамках посещения лечащего врача-офтальмолога после последнего дня офтальмотерапевтического лечения, средняя длительность которого составила 12 дней. Помимо описанных видов лечения, всем пациентам основной и контрольной группы был назначен лечебно-охранительный режим, основанный на ограничении зрительных нагрузок, использования мобильных и компьютерных устройств, а также использования глазных капель с действующим веществом натрия гиалуроната или таурина.

Так, согласно, результатам оценки остроты зрения по таблице Сивцева, в основной группе пациентов после пройденного курса лечения отмечается сохранение исходных результатов остроты зрения у 22 человек (71%), рост остроты зрения не более, чем на 1 строчку, у 9 пациентов (29%). В контрольной группе пациентов после пройденного курса офтальмотерапевтического и физиотерапевтического лечения сохранение исходного результата остроты зрения отмечается у 11 пациентов (35%), увеличение остроты зрения не более, чем на 1 строчку, отмечается у 20 пациентов (65%).

Наибольшая эффективность комплексного подхода к лечению патологии органа зрения объясняется особенностями физического развития детей с изучаемой патологией. За счёт сниженной общей физической активности, затрагивающей активацию всех мышечных групп организма ребёнка, определённую специфику имеет сердечно-сосудистая и дыхательная активность организма. Так, согласно статистике, у слабовидящих детей уменьшены значения числа сердечных сокращений, в среднем на 3–8 единицы/минуту, а показатели максимального и минимального артериального давления на 3–5 мм.рт.ст., также значения пульсового

давления выше показателей здоровых детей на 2-4 мм.рт.ст. []. Восстановительный период перечисленных показателей у слабовидящих детей также увеличен, в среднем, на 5–6 минут, при сравнении со здоровыми сверстниками. В аспекте особенностей формирования осанки у детей с заболеваниями органа зрения отмечается следующая специфика: сведённые и свисающие кпереди плечи, крыловидная форма лопаток, наличие сколиотической установки и выраженной сутулости, возможны ассиметричные положения плечевого пояса, а также осложнение кривошеей. В отношении особенностей формирования двигательного аппарата нижней конечности у изучаемой группы школьников отмечается искривление стоп. Таким образом, комплексное воздействие лечебного плавания и массажа шейно-воротниковой зоны заключается в расслаблении мышц плечевого пояса и, в последствии, улучшении кровообращения соответствующей зоны.

Заключение. Таким образом, в результате проведённой работы была определена наибольшая эффективность комплексного лечения патологий органа зрения, нежели исключительно офтальмотерапевтического лечения.

CHATGPT: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

А.М. Мугизов, А.В. Усачев - студенты 502 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, Россия

Научный руководитель - к.м.н. В.Я. Наумова

Актуальность. Системы искусственного интеллекта (ИИ) имеют большие перспективы для улучшения медицинского обслуживания, ускорения диагностики и лечения заболеваний. В ноябре прошлого года компания OpenAI выпустила в общедоступную сеть большую языковую модель под названием ChatGPT, что привлекло внимание многих научных деятелей и миллионов пользователей по всему миру. Уже сейчас изучается потенциал использования чат-бота в различных областях медицины, в том числе на прохождении известного экзамена USMLE. С каждым днем появляются новые статьи и публикации о возможностях ChatGPT, однако на данный момент они не были продемонстрированы в системе российского здравоохранения. В представленной работе нас интересовал потенциал чат-бота в решении вопросов в области акушерства и гинекологии.

Цель. Оценить возможности ChatGPT в прохождении аккредитационного теста по специальности “Акушерство и гинекология”, как заключительного этапа в подготовке узкоспециализированных врачей по завершении ординатуры.

Материалы и методы исследования. В качестве оценочных средств был использован репетиционный тест, который является первым этапом первичной специализированной

аккредитации по специальности «Акушерство и гинекология». Тест состоял из 80 вопросов, которые были сгенерированы случайным образом из единой базы оценочных средств. Для того чтобы уменьшить смещение при удержании в памяти, для каждой записи в ChatGPT был запущен новый сеанс чата. На выходе анализировалась точность ответов исходя из соответствия ключу репетиционного теста, а также согласованность утверждений, подтверждающая или противоречащая им. Все данные записывались и обрабатывались в программе Microsoft Excel. Уровень проходного балла составлял 70% и более правильных ответов.

Результаты исследования. В ходе тестирования чат-бот показал результат в 43,75% положительных ответов, отрицательных - 38,75%, а доля неопределенных составила 17,5%. Отметим, что под критерии неопределенного подходили следующие - вывод ChatGPT не является выбором ответа; ChatGPT определяет, что информации недостаточно; особенности русскоязычной терминологии не дают возможности предоставления однозначного решения. Согласованность верных утверждений составила 94,29%.

Выводы. ChatGPT не достиг уровня проходного балла, однако согласованность его выводов была высокой. Настоящие результаты отражают возможности ChatGPT на 18 февраля 2023 года в области «Акушерство и гинекология» в рамках репетиционного тестирования на первичную специализированную аккредитацию, однако будущие испытания благодаря обучающемуся алгоритму, могут дать иные результаты и требуют дальнейшего изучения.

**ВИТАМИН Д И ИМПЛАНТАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН
С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ**

С.Р. Ахмедова, Н.С.- М.Омаров, С.М. Гаджимурадова

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС с курсом репродуктивной эндоскопии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор Н.С.- М. Омаров

Актуальность. У женщин репродуктивного возраста проблема наружного генитального эндометриоза (НГЭ) крайне актуальна в связи с высокой частотой распространения, которая по некоторым данным достигает 50% [1,2]. При НГЭ достаточно часто наблюдается проблемы с фертильностью. По данным Tanbo T. et al. при диагностической лапароскопии женщин с бесплодием эндометриоз выявляется в 20–55% случаев [3]. Prescott J. et al. на основании крупного когортного исследования пришли к выводу, что у женщин до 35 лет с гистологически подтвержденным НГЭ риск развития бесплодия в 2 раза выше, чем у женщин без НГЭ [4]. на сегодняшний день «золотым стандартом» в лечении НГЭ является хирургическое удаление эндометриоидных очагов и с последующей гормонотерапией. Учитывая, что результаты лечения не всегда являются положительными, о чем говорит высокая частота проблем с зачатием, это обуславливает необходимость поиска новых эффективных методов лечения эндометриоза, ассоциированного с бесплодием.

В современном научном мире активно обсуждается значение витамина Д для репродуктивной системы, доказано противовоспалительное, иммуномодулирующее и антипролиферативное действие витамина Д, а клетках различных органов были выявлены особые рецепторы, что позволило предположить о гормоноподобном воздействии данного витамина. Учитывая многогранный механизм действия витамина Д на репродуктивную систему крайне актуальным является изучение возможности включения препаратов витамина Д в комплексной терапии пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием с целью повышения частоты имплантационных исходов.

Цель. Изучить имплантационные исходы у женщин с эндометриоз-ассоциированным бесплодием с учетом коррекции дефицита витамина Д.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 120 женщин с эндометриоз-ассоциированным бесплодием, которым была проведена лапароскопия на базе отделения оперативной гинекологии №1 и №2 Республиканской клинической больницы г.Махачкалы. У всех пациенток с НГЭ был выявлен дефицит витамина Д. Уровень витамина Д в динамике выявляли путем определения уровня 25(ОН)D в сыворотке крови хемилюминесцентным методом с использованием наборов и калибраторов фирмы

«RocheDiagnostics» (Германия) для анализатора Architect 2000 (США) в соответствии с международной программой стандартизации определения витамина D – DEQAS. Дефицит витамина D диагностировался при уровне 25(OH)D в сыворотке крови менее 20 нг/мл. По принципу проводимой коррекции дефицита витамина D все пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа - 60 женщин после лапароскопии с сохранением резерва овариальной ткани, но без коррекции дефицита витамина D; 2 группа – 60 женщин после лапароскопии с сохранением резерва овариальной ткани, которым проводилась коррекция дефицита витамина D.

Критерии включения: возраст (от 25 до 35 лет), хирургическое вмешательство произведено по причине доброкачественного гинекологического заболевания, хирургическое вмешательство, проведенное пациентке, показало либо отсутствие видимых эндометриoidных поражений, либо гистологически подтвержденные эндометриoidные поражения: поверхностный эндометриоз, эндометриoidные кисты яичников, глубокий инфильтративный эндометриоз. Критерии не включения: беременность, психические заболевания, злокачественные заболевания, возраст моложе 25 лет, наличие острых воспалительных заболеваний органов малого таза и инфекций, передающихся половым путем, эндокринные заболевания, включая ожирение.

Коррекцию недостаточности витамина D в сыворотке крови проводили путем назначения препарата в форме D3 (колекальциферол) в течение 4-8 недель, курсовая доза, в соответствии с рекомендациями, составляла 400 тыс. МЕ при коррекции дефицита витамина D. В дальнейшем переходили на поддерживающую дозу (500 МЕ) колекальциферола до наступления беременности.

Результаты исследования. При проведении лапароскопии в 1 группе в 33,3% случаев, во 2 группе – 48,3% выполнялся односторонний сальпингоовариолизис ($p>0,05$), у 20,0% пациенток в 1 группе, у 18,3% во 2 группе двухсторонний сальпингоовариолизис ($p<0,05$). При обнаружении кист яичников в 100% случаев при помощи биполярной энергии в пределах здоровых тканей производилась цистэктомия. Во всех группах преимущественно были выявлены фиолетовые и красные гетеротопии, которые локализовались чаще в Дугласовом пространстве, значительно реже (в 6,7-11,7% случаев по группам ($p>0,05$)) в области пузырно-маточной складки, и (в 5,0-8,3% случаев по группам ($p>0,05$)) были распределены по брюшине малого таза.

С целью оценки степени влияния витамина D на восстановление фертильности на фоне НГЭ, мы определили уровни АМГ и ФСГ до операции и после операции, чтобы четко понимать степени влияния хирургического лечения на овариальный резерв. На фоне коррекции дефицита витамина D средние значения АМГ были в 1,4 раза выше.

Далее проводилось изучение частоты наступления беременности в сформированных

группах.

В 1 группе беременность установлена в 21,7% (13) наблюдений ($p_{1-2}=0,0057$), во 2 – у 35,0% (21) пациентки, причем более активное зачатие наблюдалось с 3 до 6 месяцев после хирургического лечения, что, возможно, связано с постепенным восполнением в организме дефицита витамина D. Более того, на фоне коррекции витамина D наблюдалось повышение эффективности вспомогательных репродуктивных технологий в 1,3 раза ($p=0,0009$). Частота неразвивающихся беременностей и самопроизвольного невынашивания беременности было выше в 1 группе 13,3% (8), во 2 группе - 8,3% (5). Таким образом, восполнение дефицита витамина D увеличивает способность к вынашиванию в 1,3 раза.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что своевременная коррекция дефицита витамина D у пациенток с дефицитом витамина D и НГЭ, позволяет улучшить имплантационные исходы и достичь прогрессирующую беременность.

Список литературы.

1. Somigliana E., Berlanda N., Benaglia L. et al. Surgical excision of endometriomas and ovarian reserve: a systematic review on serum antimüllerian hormone level modifications // Fertil Steril. 2012. Vol. 98. P. 1531–1538.
2. Jessica E. Miller, Soo Hyun Ahn, Stephany P. Monsanto, Kasra Khalaj, Madhuri Koti, Chandrakant Tayade. Implications of immune dysfunction on endometriosis associated infertility. Oncotarget. 8(4): 7138–7147, 2017.
3. Tanbo T., Fedorcsak P. Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options // Acta Obstet Gynecol Scand. 2017. Vol. 96. № 6. P. 659–667
4. Prescott J., Farland L. V., Tobias D. K. et al. A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility // Hum Reprod. 2016. Vol. 31. № 7. P. 1475–1482.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

С. А. Магомединова, Д. Р. Рустамова, А. М. Ахмедова - студенты

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического

и медико-профилактического факультетов.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н., проф. А.Э. Эседова., к.м.н., доцент М.А. Идрисова

Актуальность. Возникший к данной патологии интерес обусловлен высокой частотой нарушения менструального цикла (МЦ), занимающих ведущие позиции в структуре заболеваемости девочек-подростков (ДП) [1, 2]. Выявить распространенность СПЯ среди ДП в настоящее время затруднительно в связи с недостатком достоверных критериев диагностики и

недостаточным вниманием к манифестации эндокринно-метаболических проявлений в пубертатном возрасте. Клиницисты вынуждены решать проблемы бесплодия и соматического здоровья у пациенток, которые вступили в активный репродуктивный период жизни, когда у них уже наблюдаются развернутые формы СПЯ с набором сопутствующей патологии, что без сомнений осложняет задачу адекватного и своевременного лечения, как ановуляции, так и связанных с СПЯ соматических заболеваний (СЗ). По этой причине раннее выявление и адекватное лечение сопутствующей СПЯ патологии уже в подростковом периоде имеет большое значение для репродуктивного здоровья и СЗ организма женщины в будущем [3].

На сегодняшний день выявлен достаточно интересный факт, о том, что НМТ при рождении может быть одним из возможных признаков повышенного риска развития СПЯ у ДП [4, 5]. Несомненно, этиология синдрома ещё недостаточно изучена, однако если по результатам будущих исследований эти ранние предикторы синдрома окажутся точными, то, вероятнее всего, фенотип СПЯ можно будет определять с самого рождения, в связи с чем, для нас представилась возможность начать изучение данного предположения.

Цель исследования: изучить взаимосвязь низкой массы тела при рождении и СПЯ в пубертатном периоде.

Материалы и методы исследования. Комплексному клинико-лабораторному обследованию подверглись 59 ДП, рожденных с НМТ. У 39 ДП диагноз СПЯ подтвержден в соответствии с РК (группа с СПЯ) и 20 здоровых сверстниц (группа без СПЯ). Был проведен сбор анамнеза и заблаговременное обследование пациенток с СПЯ.

Результаты и их обсуждение. В группе с СПЯ средний возраст ($M \pm SD$) составил $15,3 \pm 0,55$ года, в группе без СПЯ – $15,2 \pm 0,39$ года ($p=0,06$). Нарушения менструации в виде олигоменореи выявлены у 21 (53,8%) пациентки с СПЯ, аменорея I – у 3 (7,7%), аменорея II – у 12 (30,8%), ациклические маточные кровотечения пубертатного периода – у 3 (7,7%) девочек с СПЯ. Все здоровые ДП (группа без СПЯ) упомянули наличие регулярного МЦ: менструации длились по 4–6 дней, через 28–30 дней, характеризовались как умеренные, безболезненные.

Анализ полученных результатов позволил выявить превосходство значений ЛГ, Т и АМГ, а также снижение уровня ФСГ у девочек с СПЯ в сравнении с показателями здоровых сверстниц ($p \leq 0,001$, $p \leq 0,01$ соответственно). Изученные печеночные ферменты (ПФ) у девочек с СПЯ не выходили за рамки референсных значений, соответствуя таковым в группе без СПЯ: аланинаминотрансфераза (АЛТ) – $20 \pm 0,3$ ЕД/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) – $22 \pm 0,12$ ЕД/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) – $100 \pm 11,2$ ЕД/л.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что имеется непосредственная связь, между возникновением СПЯ и НМТ при рождении, в связи с чем, данная когорта переходит на следующий этап более детального обследования.

Список литературы:

1. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. М.: МИА, 2010. - С. 332-48.
2. Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - С. 131-8.
3. Moran L.J., Noakes M., Clifton P.M. et al. Dietary composition in restoring reproductive and metabolic physiology in overweight women with polycystic ovary syndrome // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2003. - Vol. 88. - P. 812-9.
4. Ibanez L., Jaramillo A., Enriquez G. et al. Polycystic ovaries after precocious pubarche: relation to prenatal growth // Hum. Reprod. - 2007. - Vol. 22. - P. 395-400.
5. Ibanez L., Valls C., Potau N., Marcos M.V., De Zegher F. et al. Polycystic ovary syndrome after precocious pubarche: ontogeny of the low-birthweight effect // Clin. Endocrinol. - 2008. - Vol. 55. - P.667-72.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В МЕНОПАУЗЕ

Р.Р. Саидова - студентка 521гр. лечебного факультета Э.Б. Вагабова, А.К. Гаджиева - студентки 511 гр. педиатрического факультета

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического

и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент Идрисова М.А., д.м.н., проф. Эседова А.Э.

Актуальность. На сегодняшний день социальная значимость остеопороза (ОП) и его взаимосвязь с ожирением (ОЖ) остаётся одной из актуальных тем в сфере здравоохранения. Среди лиц в возрасте 50 лет и старше ОП выявляется у 34% женщин, а частота остеопении составляет 43% [1,2]. Причём, с наступлением менопаузы (М) более чем у 50% женщин наблюдается увеличение массы тела (МТ) [3], что вызывает интерес к изучению связи липидного профиля крови, маркеров жирового метаболизма с костной тканью.

Цель исследования: сравнительная оценка состояния костной ткани у женщин в менопаузе на фоне ожирения.

Материалы и методы. 165 женщин в М сформировали основную группу из 87 женщин различной степени тяжести ОЖ и контрольную группу – 78 женщин с нормальной МТ. Основные методы исследования, помимо общеклинических, это: антропометрический, биохимический анализ крови (лептин, адипонектин, витамин Д, липидный спектр крови и др.), иммуноферментный, рентгенологический и денситометрия.

Результаты исследования. По данным антропометрии, 75 женщин основной группы, страдали ОЖ различной степени тяжести, 12 - избыточной МТ (97% - абдоминальный тип ОЖ,

3% – гиноидный), в группе контроля у 3 женщин - дефицит МТ, остальные 75 пациенток имели нормальную МТ (12% – абдоминальный тип ОЖ, 88% – гиноидный). Полученные данные указывают на изменение композиционного состава тела у женщин с возрастом, в частности, в менопаузе.

Статистически значимое увеличение атерогенных фракций выявлено в основной группе: липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицеридов (ТГ) и снижение липопротеидов высокой плотности. Причем, ЛПОНП и ТГ прямо коррелировали с параметрами избыточной МТ (окружность талии и ИМТ). Это возможно и объясняет, что атеросклеротическое поражение артерий приводит к нарушению внутрикостной микроциркуляции и нарушению костного метаболизма, способствуя развитию ОП.

В основной группе показатели обмена Ca^{2+} ниже, чем в группе контроля, а тенденцию к повышению обнаружил показатель экскреции оксипролина с мочой. По результатам денситометрии Т-критерий в основной группе соответствовал остеопении. 27,6% пациенток основной группы имели нормальные показатели минеральной плотности кости (МПК), 58,6% – остеопению и 13,8% – ОП, а 28,2% пациенток группы контроля – нормальные показатели МПК, 47% – остеопению и 24% – ОП.

В основной группе уровень лептина ($60,1 \pm 8,1$) превалировало над уровнем его в группе контроля ($30,6 \pm 6,3$). Ключевым аспектом можно назвать выявление обратной связи между МПК в позвоночнике, в шейке и проксимальном отделе бедра и уровнем лептина.

Жировая ткань представляет депо для жирорастворимого витамина D, соответственно женщины с ОЖ имеют повышенный риск развития его дефицита либо недостаточности. Так, в основной группе выявлено снижение витамина D ($20,09 \pm 7,55$), относительно группы контроля ($48,31 \pm 5,28$). Причем, у пациенток со сниженной МПК выявлена прямая связь Т-критерия с витамином D ($r=0,465$; $p<0,05$) и обратная – витамина D с величиной ИМТ у пациенток с избыточной МТ ($r=-0,572$; $p<0,05$).

Закключение. Результаты проведённых исследований позволяют предположить наличие связи между жировой тканью и развитием ОП в менопаузе. Следовательно, едва ли можно рассматривать ОЖ как «защитный» фактор в отношении ОП, а лептин, витамин D и атерогенные фракции липидов могут выступать, как самостоятельные маркеры ОП у женщин с ОЖ.

Таким образом, проблема ОП у женщин с ожирением требует дальнейшего изучения, с целью разработки алгоритма ведения, терапии и профилактики в группах высокого риска.

ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАННИМ И ПОЗДНИМ ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Н.В. Батрак – доцент, А.С. Ткаченко – студентка 5 курса 7 группы лечебного факультета
Кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

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

Актуальность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) является одним из наиболее частых нарушений обмена веществ у беременных женщин.

Распространенность ГСД каждый год неуклонно растет, и в общей популяции разных стран варьирует от 1 до 14%, составляя в среднем 7%. Каждый седьмой ребенок рождается от матери с какой-либо формой гипергликемии при беременности, при этом 84% случаев впервые выявленного диабета при беременности связаны именно с ГСД.

ГСД представляет собой серьезную медико-социальную проблему, в связи с увеличением частоты осложнений течения и нежелательных исходов беременности, частота которых зависит от срока выявления данного заболевания и влияет на психоэмоциональное состояние женщин.

Цель исследования. Оценить психоэмоциональное состояние, акушерские и перинатальные исходы у беременных женщин с ранним и поздним выявлением гестационного сахарного диабета.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 77 беременных женщин в возрасте 22 - 46 лет на базе женских консультаций г. Иваново за период 2020-2022 гг. Из них 43 женщины составили 1 группу с ранним ГСД - выявленным до 24 недель, и 34 женщины составили 2 группу с поздним ГСД - выявленным после 24 недель

Методы исследования. Для оценки психоэмоционального состояния беременных был применен опросник САН (самочувствие, активность, настроение), а также шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), которая включала оценку тревоги и депрессии. Для оценки акушерских и перинатальных исходов беременности была применена собственно разработанная анкета.

Статистический анализ. Проверка нормальности распределения проводилась с помощью критерия Шапиро-Уилка и равенства дисперсий, определенного с помощью критерия Левина. Количественное описание величин с нормальным распределением выполнялось с помощью подсчета среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD). Статистическая значимость различий определялась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывали абсолютное число и относительную величину в процентах. Для оценки значимости распределения качественного признака между группами применяли критерий χ^2 Пирсона или двусторонний точечный

критерий Фишера. Критический уровень значимости (p) при проверке гипотез принимали равным 0,05. Для статистической обработки использовали «Statistica for Windows 10.0».

Результаты исследования. В результате оценки психоэмоционального состояния женщин были выявлены следующие данные.

Согласно опроснику САН беременные женщины с ГСД, выявленным до 24 недели, по состоянию самочувствия (5,1 и 6 баллов; $p < 0,001$) и настроения (5,5 и 6,1 баллов; $p < 0,01$) имели менее удовлетворительные результаты, чем женщины с поздним ГСД.

По шкале HADS статистически значимым показателем оказалась субклиническая тревога (4 и 2,44 баллов; $p = 0,02$), преобладающая у беременных 1 группы. По показателям депрессии у беременных с ранним ГСД также преобладала субклиническая депрессия (2,75 и 0 баллов; $p < 0,01$).

При анализе течения настоящей беременности было выявлено, что у женщин 1 группы чаще наблюдались неразвивающаяся беременность (10,5 и 0%; $p < 0,01$), угрожающие ранний (44,7 и 3,1%; $p < 0,001$) и поздний выкидыши (10,5 и 0%; $p < 0,01$), плацентарная недостаточность (30 и 6,3%; $p = 0,01$), предлежание плаценты (6,7 и 0%; $p = 0,04$).

Также у женщин с ранним ГСД чаще наблюдались преждевременные роды (28,6 и 6,3%; $p < 0,05$), антенатальная гибель плода (6,7 и 0%; $p < 0,05$).

При оценке способа родоразрешения статистически значимых различий в изучаемых группах выявлено не было. При этом показаниями к операции кесарева сечения у беременных с ранним ГСД чаще служили клинически узкий таз (12,5 и 0%; $p = 0,04$) и тазовое предлежание плода в совокупности с другими факторами (18,8 и 0%; $p = 0,01$). Тогда как в группе женщин с поздним ГСД – слабость родовой деятельности (0 и 16,7%; $p = 0,02$).

При анализе антропометрических данных отмечалось увеличение массы (3256 и 3425 г; $p > 0,05$) и длины тела (51,4 и 51,8 см; $p > 0,05$) новорожденных у женщин 2 группы, однако данные показатели не были достоверными.

Новорожденные дети, родившиеся как у женщин с ранним, так и у женщин с поздним выявлением ГСД, в равной степени нуждались в переводе и лечении в условиях других отделений и больниц.

Женщины обеих групп одинаково редко консультировались у эндокринолога после родов (14,3 и 19,4%; $p > 0,05$), в связи с чем и диагноз ГСД был снят у небольшого числа обратившихся (11,6 и 20%; $p > 0,05$).

Выводы. На основании полученных результатов исследования можно сделать вывод о том, что гестационный сахарный диабет, выявленный до 24 недель беременности, оказывал наиболее неблагоприятное влияние на психоэмоциональное состояние женщин, акушерские и перинатальные исходы беременности, а именно большое значение имели неудовлетворительные показатели самочувствия и настроения, тревоги и депрессии по данным

опросников, ранняя неразвивающаяся беременность, угрожающие ранний и поздний выкидыши, плацентарная недостаточность, предлежание плаценты, преждевременные роды, антенатальная гибель плода по данным анкетирования.

Учитывая полученные результаты, с целью профилактики развития ГСД на прегравидарном этапе, во время беременности и после родов необходимо проведение коррекции выявленных нарушений психоэмоционального состояния женщин путем организации консультаций клинических психологов; своевременная профилактика и лечение возникших при беременности осложнений; повышение осведомленности врачей и женщин о необходимости послеродового наблюдения после перенесенного ГСД, в том числе диспансеризация с активным вызовом женщин на прием для пересмотра диагноза.

ПРЕИМУЩЕСТВА СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

П. Ю. Федорова, А. А. Романова – студентки 513 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Научный руководитель – асс. Ю. С. Нечаева

Актуальность Кесарево сечение является одной из самых распространённых операций в акушерско-гинекологической практике. В настоящее время около 20% младенцев по всему миру появляются на свет таким образом. В России частота этой операции составляет 18-30%. В 2020 году с помощью кесарева сечения в России появилось на свет 423 тысячи детей - это каждые третьи роды. В 2000 году было зарегистрировано 874 родов, из них 93- путём кесарева сечения. Это 10,64%. В 2022 году произошло 1707 родов, из которых 492 с помощью кесарева сечения, что составляет 28,82%. Это в 2,7 раза больше.

Цель исследования Проанализировать современную методику операции кесарева сечения с ранее проводимой и выделить основные клинические преимущества модифицированной техники абдоминального родоразрешения.

Материалы и методы Исследование было проведено на базе Областного родильного дома города Твери. Нами было ретроспективно изучено 100 историй родов женщин, родоразрешённых операцией кесарева сечения: из них 50 историй родов за 2000 года и 50 историй за 2022 год.

Результаты и выводы В первой группе (истории родов за 2000 год) возраст обследуемых составил от 20 до 41 года. Во второй группе (истории родов за 2022 год)- от 18 до 44 лет. Показания к кесареву сечению остаются одинаковыми на протяжении 22 лет: узкий таз и крупный плод, аномалии родовой деятельности, преждевременная отслойка плаценты, рубец на матке от предыдущего кесарева сечения, поздние гестозы тяжёлой степени, возраст

первородящих, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез, преждевременный разрыв плодных оболочек в сочетании с незрелыми родовыми путями, неправильное положение плода, внутриутробная гипоксия плода. При исследовании во второй группе отмечен рост таких показаний, как отсутствие готовности родовых путей к родам при беременности 42 недели и ЭКО.

Оперативное вмешательство начинается с анестезиологического пособия. В начале века у 100% беременных операцию проводили под эндотрахеальным наркозом. Сегодня предпочтение отдается спинномозговой анестезии, проводимой у 98-99% беременных.

Кесарево сечение выполняется по технике Джоэл-Кохена. Современная модификация коснулась нескольких этапов. В 2000 году лапаротомия производилась нижнесрединным разрезом по Кохену, по Джоэл-Кохену, по Пфанненштилю. В 2022 году предпочтение отдаётся разрезу по Джоэл-Кохену и Пфанненштилю.

Послойное острое рассечение брюшной стенки включало: подкожно-жировую клетчатку, апоневроз, прямые мышцы живота и брюшину. На сегодняшний день остро рассекают подкожно жировую клетчатку и апоневроз. Прямые мышцы живота и брюшина разводятся тупым способом- путем билатеральной тракции по линии разреза кожи. Такое вхождение в брюшную полость приводит к значительному уменьшению величины кровопотери, сокращению продолжительности операции, времени до извлечения плода и уменьшению послеоперационного болевого синдрома, а, соответственно, и потребности в анальгетиках.

Ранее для доступа к нижнему маточному сегменту производилось вскрытие пузырно-маточной складки по верхнему краю с последующим ее отсепаровыванием вниз и смещением мочевого пузыря. Это проводилось с целью профилактики ранения мочевого пузыря и создания условий для перитонизации шва на матке, так как полагали, что брюшина создаёт барьер для предупреждения распространения инфекции. В настоящее время данный этап операции практически не применяется, только при выраженной спаечной болезни и истончении рубца от предыдущего кесарева сечения. Разрез в нижнем маточном сегменте до настоящего времени не претерпел изменений. Он выполняется по ходу циркуляторно расположенных мышечных волокон и является наиболее анатомически правильным, что способствует формированию полноценного рубца. Изменения коснулись лишь техники продления разреза на матке в латеральном направлении: 20 лет назад разрез увеличивали ножницами по Дефлеру, а в настоящее время расширение раны достигается тупым разведением мышц указательными пальцами по Гусакову.

Способ извлечения плода из полости матки не изменился.

Раньше с целью профилактики кровотечения вводился окситоцин или метилэргометрин (1,0 мл) непосредственно в стенку матки. В настоящее время используется только окситоцин

внутривенно.

Выделение последа предпочтительно проводится путём тракций за пуповину, а не рукой как 20 лет назад. Доказано снижение величины кровопотери во время этой манипуляции и частоты эндометрита в послеродовом периоде.

Ушивание матки производили двумя видами швов: отдельными 8-образными кетгутовыми швами или отдельными кетгутовыми и непрерывным швом по Ревердену. Наиболее распространенным был 8-образный шов с последующей перитонизацией раны пузырно-маточной складкой. На данный момент, ушивание раны на матке производится одним из 2-х способов: отдельные кетгутовые швы с непрерывным швом по Ревердену полигликоидной нитью на основе полигидроксиацетиловой кислоты (ПГА) или двухрядный непрерывный шов по Ревердену тем же материалом или синтетическим рассасывающимся шовным материалом из полидиоксанона (ПДС).

Далее восстанавливается апоневроз. Мышцы и брюшина, в отличие от старой методики, не ушиваются. Кожа ранее ушивалась путём наложения отдельных шёлковых швов, а в настоящий момент- внутрикожного косметического шва, позволяющего эстетичнее восстановить переднюю брюшную стенку.

Мы проанализировали состояние новорождённых во всех историях родов: в 2022 году 47 из 50 детей родились в удовлетворительном состоянии, 3 ребенка- с асфиксией лёгкой степени. В 2000 году 35 детей родились с оценкой по Апгар 8/9 баллов, остальные 14 в асфиксии лёгкой и средней степени тяжести, 1- тяжёлой степени.

Современная операция кесарева сечения позволила добиться сокращения продолжительности операции с 30-40 минут в 2000 году до 18-22 минут в среднем в 2022 году. Также важным преимуществом стало сокращение интраоперационной кровопотери в среднем до 300-400 мл, при ранее составлявшей - 560 мл. При анализе историй за 2000 год мы отметили высокий процент послеоперационных инфекционных осложнений (в частности: эндометрит, перитонит, расхождение кожного шва) и постгеморрагических анемий. За прошедший год только у 1 пациентки из 50 отмечена только постгеморрагическая анемия как послеоперационное осложнение. Такой результат можно связать с антибиотикопрофилактикой, которая проводится сегодня у всех пациенток за 30-60 минут до операции препаратами цефалоспоринов II-III поколений. Все модифицированные этапы позволили сократить число койко-дней с 10-14 до 3-7.

Выводы Современная техника кесарева сечения позволяет сократить время операции и уменьшить интраоперационную кровопотерю. Сравнительная оценка показала уменьшение времени нахождения в стационаре после кесарева сечения. Одним из важных преимуществ модификации является практически отсутствие инфекционных послеоперационных осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕНОСА КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ В ПОЛОСТЬ МАТКИ ПРИ АНАЛИЗЕ ПРОГЕСТЕРОНА КРОВИ

А.В. Прозорова - студентка группы 1805 лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии, центр ВРТ СибГМУ

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава РФ, Томск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., И.А. Петров, к.м.н., доц. М.Н. Петрова

Актуальность. Каждая шестая супружеская пара в мире обращается за консультацией по поводу бесплодия [Zeghers-Hochschild F. et al, 2017]. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) является одним из ключевых вариантов лечения бесплодия для достижения живорождения [Merviel P. et al., 2021]. Несмотря на то, что за последние 45 лет при помощи ЭКО родилось более 8 миллионов детей, частота наступления беременности на перенос эмбриона варьируется от 10 до 50% [Merviel P. et al., 2021]. Ключевое значение для успешной имплантации имеет молекулярная синхронизация между эмбрионом и эндометрием [Labarta E. et al., 2021]. Несмотря на то, что качество эмбриона играет решающую роль, не менее важным для имплантации является восприимчивость эндометрия, регулируемая прогестероном [Pirtea P. et al., 2021]. Экзогенный прогестерон, применяемый в циклах ЭКО, компенсирует дефект лютеиновой фазы (ЛФ). Е. Labarta и соавт. (2021) было показано, что снижение сывороточного прогестерона ниже 8,8 нг/мл на фоне заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в циклах криопереноса сопряжено с более низкими шансами живорождения [Labarta E. et al., 2021]. Существенное значение также имеет значение концентрации сывороточного прогестерона до начала введения препаратов лютеиновой фазы с целью диагностики уже начавшейся секреторной трансформации эндометрия. В тоже время пороговые значения сывороточного прогестерона в настоящее время четко не определены [Mumusoglu S. et al., 2021].

Цель. Оценить эффективность криопереноса эмбрионов в полость матки на основе анализа сывороточных концентраций прогестерона.

Материал и методы. Проведено ретроспективное сравнительное контролируемое исследование эффективности криопереноса эмбрионов в полость матки у 372 пациентов, находящихся на лечении бесплодия в центре вспомогательных репродуктивных технологий ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. Всем пациентам проведён сегментированный цикл ЭКО по различным показаниям с последующим криопереносом в цикле ЗГТ. Основную группу (n=205) составили женщины, которым проведено исследование сывороточного прогестерона до начала поддержки лютеиновой фазы (ЛФ) менструального цикла (P₀) и на фоне проводимой поддержки ЛФ в течение 4-5 дней (P₅). В группе сравнения (n=167) анализ сывороточной концентрации прогестерона не проводился. В обеих группах проведена предварительная морфологическая селекция эмбрионов для переноса в полость согласно классификации D.K.

Gardner и W.B. Schoolcraft (1999), учитывающей степень зрелости внутриклеточной массы и трофэктодермального слоя бластоцисты. [Magli M.C. et al., 2012]. Для гомогенности в группах переносились только эмбрионы со степенью расширения 2-5, маркировками «А» и «В» для внутриклеточной массы и трофэктодермы. Подготовка эндометрия, а также посттрансферная поддержка осуществлялась по общепринятой методике. Использовались натуральные эстрогены и прогестерон-содержащие препараты [Mumusoglu S. et al., 2021]. Перенос выполнялся через 120 ± 3 часа от начала введения прогестерон-содержащих препаратов. Диагностика биохимической (определение β -субъединицы хорионического гонадотропина) и клинической (УЗИ) беременности проводилась после эмбриопереноса на 12-14 и 26-30 дни, соответственно. Прогрессирующей беременностью считалось наличие сердцебиение у эмбриона.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием статистического пакета IBM® SPSS® Statistics v.26.0. Методы статистического исследования включали расчет описательных статистик, проверку формы распределения (критерий Шапиро-Уилка), гомогенность дисперсий (критерий Левена). На основе вышеупомянутых критериев для анализа количественных данных использовали t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Анализ номинальных данных проводили с использованием таблиц сопряженности, χ^2 Пирсона, поправки на правдоподобие ($\Lambda\chi^2$) и точного теста R. Fisher (1922). Оценка корреляции между изучаемыми признаками проводилась с использованием коэффициента корреляции r_p Пирсона.

Результаты. Средний возраст всех обследуемых пациенток ($n=372$) составил $37,6 \pm 2,1$ лет, значимо не отличался в исследуемых группах ($t=-0,634$, $df=316$, $p=0,526$). Как правило криоперенос производился на 19 день менструального цикла ($19,2 \pm 0,2$), значимо не отличался в исследуемых группах ($t=-0,634$, $df=316$, $p=0,526$). До дня переноса эмбрионов в полость матки пациенты применяли натуральные эстрогены в среднем в пределах 16 дней ($16,2 \pm 0,5$), длительность терапии оставалась одинаковой в группах ($t=-1,6=458$, $df=146$, $p=0,147$). Средняя толщина эндометрия при переносе эмбрионов в основной группе составила $10,0 \pm 0,1$, значимо не отличалась от таковой в группе сравнения ($9,6 \pm 0,3$; $t=0,704$, $df=369$, $p=0,482$). Одинаковым в группах также оказывалось количество переносимых эмбрионов в полость матки ($r_p=-0,094$, $p=0,071$), как правило переносился только один эмбрион ($1,13 \pm 0,02$).

Частота наступления клинической беременности у пациентов после криопереноса эмбрионов в полость матки в основной группе составила 42,4%, значимо не отличалась от таковой в группе сравнения – 38,3% (точный критерий Фишера, $p=0,056$). Корреляционной взаимосвязи между концентрацией P_0 , P_5 и клинической беременностью не установлено ($r_p=-0,068$, $p=0,331$ и $r_p=-0,124$, $p=0,078$, соответственно). При изолированном анализе значений концентрации прогестерона в основной группе показано, что значимых различий в P_0 между

концентрацией $< 1,0$ нг/мл и $\geq 1,0$ нг/мл нет ($\Delta\chi^2=-0,327$, $p=0,567$). Аналогичные данные получены при сравнении P_5 – между концентрациями до $10,0$ нг/мл и $\geq 10,0$ нг/мл ($\Delta\chi^2=0,007$, $p=0,932$).

Выводы. Полученные в работе данные противоречивы. С одной стороны отмечается незначительная тенденция к увеличению частоты наступления беременности после криопереноса на основе анализа сывороточных концентраций прогестерона, с другой стороны – частота наступления беременности в основной группе при высоких и низких значениях прогестерона до начала поддержки лютеиновой фазы и на фоне применения прогестерон-содержащих препаратов соответственно значимо не отличается. Таким образом, решено увеличить выборку и продолжить исследование с целью установления порогового значения концентрации прогестерона для принятия решения об отмене / проведении криопереноса.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАЗВИТИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

А.Р. Ишбулатова, Е.Г. Рахимкулова, Н.М. Гимранова - студентки Л414 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ИДПО

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Республика Башкортостан, Уфа, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Г. Яцук, асс. каф. П.А. Берг

Актуальность. Эндометриоз является одним из самых социально-значимых заболеваний, так как оно является препятствием для реализации возможностей женщины в различных сферах жизни[5]. Данное патологическое состояние значительно влияет на представительниц женского пола, а именно причиняет вред здоровью, снижает уровень удовлетворения физических, материальных и социальных потребностей, негативно сказывается на демографическом процессе[1].

Основным клиническим проявлением заболевания является хроническая тазовая боль. Такие симптомы как обильные менструальные кровотечения, дисменорея, диспареуния оказывают давление на психологическое состояние, общее самочувствие, взаимоотношения с людьми и с партнером[2,3]. Выраженный болевой синдром ведёт к существенному снижению показателей качества жизни женщин[4].

Целью исследования является изучение взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием и эндометриозом.

Материалы и методы. Среди 97 женщин репродуктивного возраста было проведено анкетирование, в котором производился сбор данных об условиях проживания пациенток, социальном статусе, жалобах, психологическом комфорте и эмоциональном состоянии.

В исследовании принимали участие женщины от 20 до 56 лет. Они были разделены на 2 группы: 1 группа - контрольная - 49 женщин без подтвержденного заболевания, вторая группа -

исследуемая - 48 женщин, у которых диагностирован эндометриоз.

Среди исследуемой группы было выявлено: с эндометриозом яичников 2 степени – 5,8%, эндометриозом яичников 3 степени - 11,5%, ретроцервикальным эндометриозом 2 степени – 5,8%, ретроцервикальным эндометриозом 3 степени - 7,7%, аденомиозом 2 степени – 15,4%, аденомиозом 3 степени - 9,6%, аденомиозом 4 степени - 5,8%, эндометриозом послеоперационного рубца - 1,9%.

Сбор данных проводился с помощью анкет, для анализа результатов была использована программа Microsoft Excel. Количественные показатели приведены в процентах.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток в среднем составляет 27,78 ± 7,28 лет. По результатам анкетирования в контрольной группе проживают в городе - 40 человек (81,6%), в исследуемой - 79,2%.

Среди женщин контрольной группы 49 человек (86,8%) являются студентами, 2 (4%) - имеют высшее образование, остальные (22,4%) - среднее специальное образование ; в исследуемой 12% являются бухгалтерами, 32% - учителями, 16% - студентами, 8% - врачами, 4% - адвокатами, 2% - риэлторами, 24% - инженерами, 4% - юристами, 4% - фармацевтами, 4% - продавцами, 12% - менеджерами.

Наибольший процент женщин, имеющих травмирующие ситуации в детстве, приходится на исследуемую группу: 54,2% анкетированных подвергались пагубному влиянию со стороны семьи, 87,5% - являлись свидетелями ссор, 33,3% - переживали развод родителей, 58,3% - имеют проблемы с алкоголем и наркотическими веществами среди родственников. В контрольной группе наблюдаются иные показатели: 77,5% женщин не подвергались строгим наказаниям за проступки, 77,5% - являлись свидетелями ссор родителей, 22,4% - переживали развод родителей в детстве и юности. По сравнению с исследуемой группой в контрольной процент женщин, которые были подвержены физическому насилию выше и составляет - 79,6%.

В контрольной группе 34,7% имеют вредные привычки (курение, употребление алкоголя или наркотических веществ), что, в свою очередь, меньше, чем в исследуемой - 37,5%.

При опросе в контрольной группе было выявлено, что 63,3% анкетированных начали вести половую жизнь от 16-21 лет, а у 34,7% она отсутствует. У основного процента женщин исследуемой группы (88,3%) начало половой жизни составляет 16-21 лет и у 16,6% - 22-25 лет.

При оценке психоэмоционального состояния, влияющего на качество жизни респондентов, 51% в контрольной группе отмечают нарушение сна, а в исследуемой - 45,8 %. Респонденты контрольной группы (77,5%) жалуются на повышенную утомляемость, а во второй группе больше на 10% - 87,5%; в контрольной группе беспричинные перепады настроения испытывают 45,3%, а в исследуемой - 63,3%. Большинство женщин с подтвержденным диагнозом испытывают постоянный стресс и это составляет 58,3%, в

здоровой группе - 44,8%. В контрольной группе 16,3% - отмечают повышенную тревожность, во второй исследуемой с чувством повышенной тревожности живут 58,3%. Необоснованное чувство страха наибольшее количество женщин испытывает в исследуемой группе и это составляет 50% опрошенных, а у контрольной процент значительно ниже - 36,7%.

При анализе жалоб 36,7% отмечают болезненность в нижней части живота, в то время как в исследуемой группе процент значительно выше - 95,8%.

Выводы. По результатам исследования было установлено, что у респондентов с диагнозом эндометриоз значительно ниже качество жизни, имеется негативное влияние социальных и бытовых факторов, а также повышенные показатели неустойчивой эмоциональной картины. У большинства женщин из исследуемой группы наблюдается высокая степень тревоги и стресса.

Таким образом, эндометриоз приводит к серьёзным нарушениям, в частности, к психической травматизации. Моральные потрясения в детстве и пубертатном периоде, неблагоприятная обстановка, сложные отношения с родителями, частые стрессовые ситуации являются предрасполагающими факторами для развития заболевания, снижая защитные силы организма. Клинические проявления эндометриоза, в свою очередь, воздействуют на эмоциональный компонент здоровья, психологию поведения и жизнедеятельность женщин, тем самым приводя к возникновению порочного круга.

Список литературы:

1. Волкова С.В., Хамошина М.Б., Оразов М.Р., Союнов М.А. Эндометриоз: загадка природы или пример несостоятельности науки? // Акушерство и гинекология: новости. Мнения. Обучения.. - 2021. - №3. - С. 24-29.
2. К. А. Кушакова, А. В. Конакова Эндометриоз // Инновации.Наука.Образование. - 2021. - №34. - С. 3131-3136.
3. Laganà A.S., La Rosa V.L., Rapisarda A.M.C., Valenti G., Sapia F., Chiofalo B., et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *Int J Womens Health*. 2017. №9. P. 323–30.
4. Pope C.J., Sharma V., Sharma S., Mazmanian D. A systematic review of the association between psychiatric disturbances and endometriosis // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2015. Vol. 37, №11. P. 1006–1015.
5. Rogers P.A., D’Hooghe T.M., Fazleabas A., Gargett C.E., Giudice L.C., Montgomery G.W. et al. Priorities for endometriosis research: recommendations from an international consensus workshop // *Reprod. Sci.* 2009. Vol. 16, № 4. P. 335–346.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКОГО РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕПЛОВИЗИОМЕТРИИ

С.В. Дутова - студентка 4 курса лечебного факультета ЧГМА

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, Чита, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научные руководители - д.м.н., доцент В.А. Мудров., к.м.н., доцент А.М. Зиганишин.

Актуальность. Травматизация родовых путей встречается в каждом пятом случае родов. Для предотвращения травм в рамках современного акушерства создаются новые способы и методики, однако, встречаются и случаи необоснованного применения методик, одной из которых является эпизиотомия. Неконтролируемое использование эпизиотомии в рутинной практике может стать причиной ряда негативных последствий со стороны состояния здоровья женщины. Особый интерес вызывает определение факторов предикции развития разрыва промежности в современном акушерстве, так как это позволит прогнозировать и предотвращать возможный разрыв промежности, исключит факт необоснованного применения эпизиотомии и улучшит качество жизни пациенток детородного возраста. В процессе родов в области промежности происходит снижение кровообращения и ишемия, нарушение локального гемостаза. На фоне вышеперечисленных изменений возникает локальная гипотермия, диагностику которой можно производить с помощью инфракрасных термометров. Мы предполагаем, что локальная ишемия кожи области промежности и, как следствие изменение температуры в данной локализации, могут являться предикторами формирования акушерского разрыва промежности.

Цель исследования. Оценить эффективность метода инфракрасной термометрии в прогнозировании акушерского разрыва промежности

Материалы и методы. Для проведения исследования была выбрана группа пациенток численностью 40 человек на базе ПЦ ГУЗ “ККБ” г. Чита и ГБУЗ “РКБ им. Г.Г. Куватова” г. Уфа. Критерии включения: консервативное родоразрешение, затылочное вставление головки, согласие пациентки на проведение и соблюдение протокола исследования. 30 пациенток вошли в группу контроля, роды в данной группе прошли без разрыва промежности. 10 пациенток с сформировавшимся акушерским разрывом промежности были отнесены к основной исследуемой группе. Второй этап заключался в проведении инфракрасной термометрии области промежности, а именно задней спайки, в двух контрольных временных точках: первая - начало второго периода родов, вторая - время прорезывания теменных бугров головки плода. Для проведения исследования был использован тепловизор торговой марки Bosch (Bosch GTC 400 C, модель: St/FHB 1-85-44HMP, серийный номер: 201904003, Bosch, Германия).

Статистическую обработку данных проводили с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics Version 25.0. В качестве критерия для оценки нормальности распределения был выбран W-критерий Шапиро–Уилка, так как для численности выборки, описанной в исследовании, данный критерий является наиболее приемлемым. С учетом распределения признаков отличного от нормального, данные представлены в виде медианы, первого и третьего квартилей (Me [Q₁; Q₃]). Оценку статистической значимости различий между группами проводили с использованием U-критерия Манна–Уитни ($p < 0,05$). Статистическая оценка значимости различий номинальных показателей проводилась с использованием четырехпольной таблицы сопряженности, критерий - χ^2 Пирсона. Зависимость относительных показателей оценивалась путем сравнения полученного значения критерия χ^2 с критическим.

Результаты исследования. Роды у пациенток группы контроля произошли на сроке 38 [37,79; 39,41] недель, у пациенток основной группы - 39 [38,44; 38,89] недель. Среди пациенток первой группы 40% - первородящие, этот же показатель во второй группе - 60%. Средняя масса плода у пациенток группы контроля - 3320 [3198,51; 3456,15] г, у пациенток основной группы – 3450 [3128,37; 3479,63] г. По вышеперечисленным критериям статистически значимых различий получено не было. Продолжительность родов у пациенток группы контроля составила 420 [373,48; 448,25] минут, у пациенток основной группы исследования – 480 [457,47; 566,42] минут. Длительность родов занимает одну из ведущих ролей в патогенезе родового травматизма, однако, по данному показателю статистически значимых различий получено не было. Также в ходе исследования мы оценили продолжительность от момента прорезывания теменных бугров до рождения головки, в первой группе этот показатель составил 90 [86,72; 106,95] секунд, во второй - 135 [125,59; 152,41] секунд ($U = 67,500$; $p = 0,008$). На основании полученной статистической значимости мы можем судить о том, что временной промежуток от прорезывания теменных бугров до рождения головки может быть прогностическим критерием разрыва промежности. Известно, что ангиоархитектоника промежностной области индивидуальна для каждой женщины. Ткани промежности в локализации задней спайки являются наиболее удаленными от крупных сосудов, следовательно развитие ишемических явлений в данной области является частым и обоснованным. На фоне ишемических явлений могут развиваться гомеостатические нарушения. В рамках исследования проводилась оценка локальной температуры у пациенток 1 и 2 групп в контрольных временных точках. У пациенток группы контроля в момент начала второго периода родов (первая контрольная точка) температура в области задней спайки составила 37,0 [36,74; 37,31] °C, у пациенток основной группы – 37,5 [37,21; 37,61] °C ($U = 38,000$; $p = 0,09$; в момент прорезывания теменных бугров у пациенток 1 группы - 35,1 [34,90; 35,14] °C, в группе 2 – 34,7 [34,68; 34,99] °C ($U = 114,000$; $p = 0,272$). Температурные различия между первой и второй временными контрольными точками в группе контроля составила 1,8

[1,71; 1,99] °C, в основной группе исследования – 2,7 [2,42; 2,82] °C ($U = 54,000$; $p = 0,002$). На фоне ишемических явлений нарушается трофика тканей. Частота уменьшения температурных показателей в области промежности более чем на 2,0 °C в группе 1 составляла 20 % (6/30), в группе 2 – 80 % (8/10) случаев ($\chi^2 = 11,868$; $p = 0,001$). Отсутствие разрыва промежности у пациенток с случаями локального снижения температуры на 2,0 °C и более может объясняться индивидуальными особенностями ангиоархитектоники области промежности, поэтому мы не можем говорить о наличии неинвазивных универсальных предикторов, которые будут эффективны с 100% случаев. Особый интерес вызывает факт, что при снижении температуры промежности на 2,0 °C и более в течение 2 и более минут с момента прорезывания теменных бугров, разрыв промежности формировался в 100% случаев ($\chi^2 = 7,556$; $p = 0,006$). Акушерский разрыв промежности формируется на фоне субкомпенсированных ишемических явлений. У некоторых пациенток, в рамках индивидуальной картины сосудистой архитектуры, ангиоспазм способен компенсироваться, в таком случае разрыв промежности формироваться не будет.

Закключение. В ходе проведенного исследования определено, что использование тепловизиометрии в качестве прогностического метода возможно, однако, не у всех пациенток. При снижении температуры промежности на 2,0 °C и более в течение 2 и более минут с момента прорезывания теменных бугров, разрыв промежности формируется в 100% случаев, что может являться прогностическим критерием акушерского разрыва промежности и позволит своевременно профилактировать данную патологию и исключить необоснованное применения метода эпизиотомии в акушерской практике.

ПРОБЛЕМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПО РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ

Т.И. Дударова - студентка 4 курса 409 группы медицинского факультета ИнГГУ
Т.Х. Албогачиев - студент 2 курса МЛ-220 группы медицинского факультета РУДН
Л.Ю. Хантыгова - студентка 4 курса 409 группы медицинского факультета ИнГГУ

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ИнГГУ Минздрава России, Магас, Россия

Научный руководитель - к.м.н., старший преподаватель Т.Б.. Имиева

Актуальность: Преждевременные роды — это роды, которые происходят до 37-ой недели беременности. Это явление является достаточно распространенным, и по данным ВОЗ, каждый десятый ребенок рождается преждевременно. В России в 2019 году количество преждевременных родов составило 8,2% от общего числа родов.

Патогенез преждевременных родов заключается в нарушении нормального развития плода и его готовности к родам. В результате этого происходит раннее отделение плаценты, нарушение кровоснабжения плода, что приводит к гипоксии и другим нарушениям в работе

органов и систем плода.

Важно отметить, что преждевременные роды могут привести к различным осложнениям для здоровья ребенка, таким как нарушение функции легких, сердечно-сосудистой системы, зрения и слуха, задержка психомоторного развития. Поэтому необходимо проводить профилактические мероприятия и контролировать беременность у женщин, находящихся в группе риска.

Таким образом, преждевременные роды являются серьезной проблемой в здравоохранении, которая требует внимания и комплексного подхода к профилактике и лечению.

Цель исследования: Выявить частоту распространенности преждевременных родов по возрасту родителей и определение резервов снижения показателей по РИ.

Материалы и методы исследования: Был проведен ретроспективный анализ распространенности преждевременных родов в РКПЦ за 2021 год, а также выявлена зависимость частоты ПР по возрастным категориям, сроку гестации, сравнение частоты развития между перво- и повторнородящими матерями и весовые категории детей, рожденных преждевременно.

Результаты исследования: Исходя из проведенных исследований, распространенность преждевременных родов по Республике Ингушетия останется высокой, и не имеет тенденции к снижению. За 2021 год в РИ провели 269 ПР, что составляет 5,9%. Наиболее высоким показателем срока гестации был срок от 34 до 36 недель (50%), возраст матерей чаще приходится на 18-30 (66,9%), и наиболее часто выявляемой сопутствующей патологией является анемия (38,6%).

Случаи преждевременных родов были изучены с разделением на следующие категории:



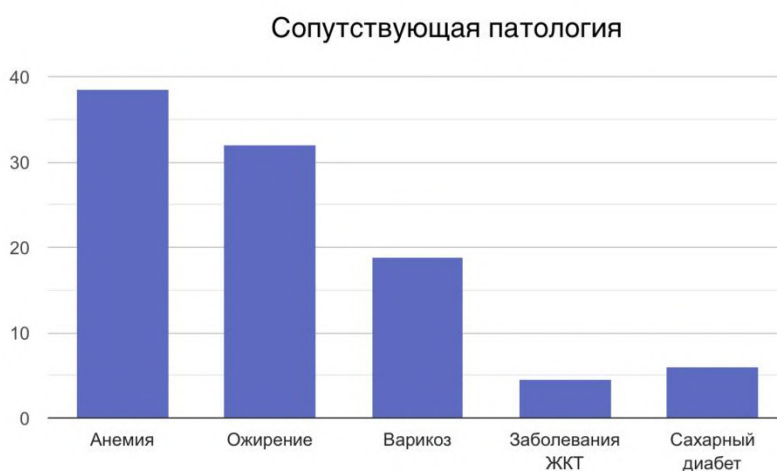
Исходя из проведенных исследований, наиболее распространенным сроком гестационный являются сроки от 34-36 недель - 50% от общего количества преждевременных

родов. На втором месте сроки от 28-34 недель, что составляет 37% (89 случаев) и от 22 до 28 недель, что составляет 13% от общего количества (30 случаев).



Возраст обследованных рожениц варьируется от 18 до 46 лет. Причем возраст от 18 до 30 лет составляет 50% от общего количества (120 женщин), 31-35 лет – 20,9% (51 женщина), 35-40 лет - 17,9% (42 женщины) и старше 40 лет – 11,2% (26 женщин), что является наименьшим показателем в структуре преждевременных родов по возрастным категориям.

Наиболее часто наблюдались ПР у повторнородящих матерей, что составляет 71% от общего количества, а у первородящих 29%.



Был проведен также анализ сопутствующей патологии пациенток. Наиболее распространенными патологиями являются анемия (38,6%), ожирение (32%), варикозная болезнь (18,8%), заболевания ЖКТ (4,6%), сахарный диабет (6%).

В структуре преждевременных родов весовые категории новорожденных разделились на:

1. 2000 г и более - 36,9%
2. 1500-2000 г - 23,7%
3. 1000-1500 г - 22,4%
4. 500-1000 г - 17,0%

Выводы. Преждевременны роды является важной проблемой, учитывая то, что по оценкам, ежегодно 15 миллионов детей рождаются слишком рано. Это более чем 1 из 10 детей. Приблизительно 1 миллион детей умирает каждый год из-за осложнений преждевременных родов. Многие из них остаются инвалидами на всю жизнь, включая неспособность к обучению, проблемы со зрением и слухом.

Профилактика смертности и осложнений при преждевременных родах начинается со здоровой беременности. Рекомендации ВОЗ по дородовому наблюдению включают основные мероприятия по профилактике преждевременных родов, такие как:

Своевременное полное обследование пациенток с правильным планированием беременности

Подробный сбор анамнеза и выявление группы риска

Проведение микробиологического анализа пристеночной микрофлоры родовых путей

Назначение антибактериальной терапии при необходимости

Назначение диеты и избегание психоэмоционального и физического напряжения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ

А.И. Кодзоева, И.М. Могушкова - студентки 401 и 409 гр. лечебного факультета ИнГУ,
Т.Х. Албогачиев - студент 2 курса МЛ-220 группы медицинского факультета РУДН
Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ИнГУ Минздрава России, Магас, Россия

Научный руководитель - к.м.н., старший преподаватель Т.Б.. Имиева

Актуальность своевременного выявления гестационного сахарного диабета, его коррекции у беременных связана с риском возникновения осложнений при гестации и повышением перинатальной смертности, уровень которой, по различным данным, достигает 2,08-9,7%.

Гестационный сахарный диабет (ГСД) — транзиторная форма диабета, вызванная беременностью, имеет потенциально важные краткосрочные и долгосрочные последствия для здоровья как матери, так и ее ребенка. Общепринятого определения ГСД не существует, но изменения определения привели к увеличению заболеваемости в некоторых странах в последние годы, при этом исследования предполагают минимальное клиническое улучшение

исходов.

Распространенность гестационного диабета растет одновременно с резким увеличением распространенности избыточного веса и ожирения среди женщин детородного возраста.

ГСД развивается, когда беременная женщина не в состоянии произвести адекватный ответ инсулина, чтобы компенсировать эту нормальную резистентность к инсулину.

Цель исследования: выявить частоту гестационного сахарного диабета среди беременных и оценить ее влияние на течение беременности и родов по Республике Ингушетия.

Материалы и методы исследования: Был проведен анализ распространенности гестационного сахарного диабета среди беременных женщин по Республике Ингушетия. В исследование включено 1000 рожениц. Так же во внимание брался индекс массы тела беременной ($ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$).

Результаты исследования: согласно данному исследованию, частота возникновения гестационного сахарного диабета при беременности составляет 10,5%. Гестационный сахарный диабет определяют как негативное влияние на здоровье, течение беременности и родов. При гестационном сахарном диабете увеличивается частота преэклампсии, патологии околоплодных вод, хронической плацентарной недостаточности, крупного плода. В рис.1 описана динамика роста числа беременных с гестационным сахарным диабетом.

Динамика роста числа беременных с гестационным сахарным диабетом

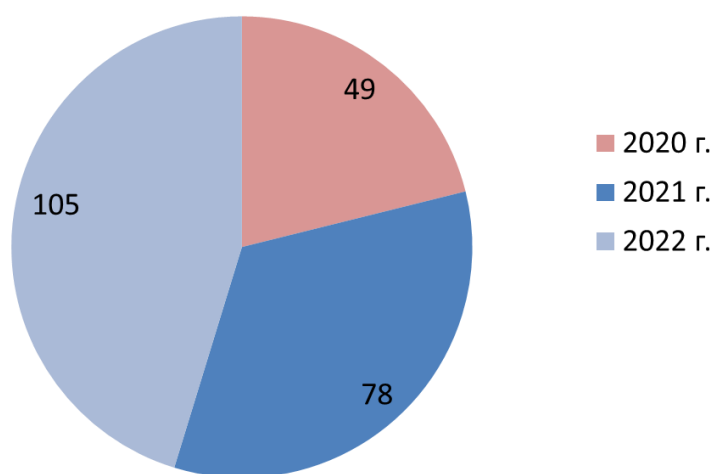


Рис.1 Динамика роста числа беременных с гестационным сахарным диабетом.

Количество беременных с ГСД с каждым годом все больше. За 2020 г.-49 женщин, за 2021 г.-78, за 2022 г.-105.

Часто ГСД наблюдается у женщин с сопутствующим ожирением. В рис.2 представлены данные о сопутствующих заболеваниях при ГСД.

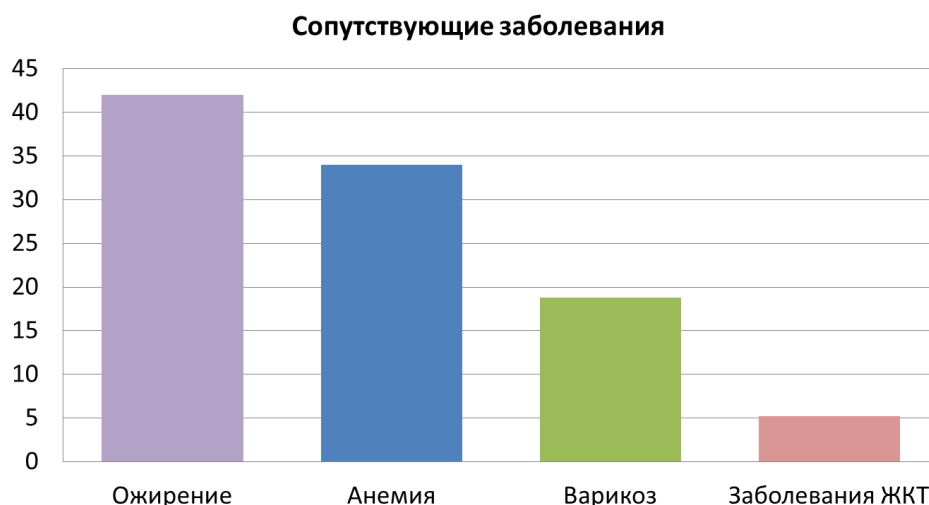


Рис.2 Сопутствующие заболевания

Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией является ожирение-42%, анемия-34%, варикозная болезнь-18,8%, заболевания ЖКТ-5,2%.

Так же, в ходе исследования было выявлено, что при наличии гсд у беременных увеличивается частота возникновения преэклампсий, происходит увеличение числа преждевременных родов, макросомия и другие осложнения. В рис.3 представлены осложнения гестационного сахарного диабета.



Рис.3 Осложнения гестационного сахарного диабета.

Первое место среди осложнений гсд по РИ занимают преждевременные роды-14%, на втором-преэклампсия-6%, далее 5.2% составляет макросомия, 3.1%-гестационная АГ.

Женщины с ГСД в анамнезе также подвержены повышенному риску развития сахарного диабета 2 типа (СД2) в годы после беременности, а их дети имеют более высокий риск развития ожирения и СД2 в раннем возрасте.

Выводы

Во всем мире резко возросла распространенность избыточной массы тела и ожирения среди женщин детородного возраста. Женщины с избыточной массой тела и ожирением имеют

повышенный риск развития ГСД, приводящего к осложнениям во время беременности, родов и в неонатальном периоде.

Клиническое ведение беременных женщин с ожирением и женщин с ГСД является сложной задачей и создает дополнительную нагрузку на систему здравоохранения. Кроме того, становится все более и более очевидным, что материнские метаболические характеристики являются решающими детерминантами резистентности к инсулину во время беременности и у потомства, и вмешательства, особенно в виде физических упражнений, снижения веса и здорового питания до, во время и после беременности, могут быть ключом к предотвратить порочный круг, который способствует эпидемии ожирения, резистентности к инсулину и СД2.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

**В.С. Иванов, К.И. Обернихин - студенты лечебного и педиатрического факультетов
Кафедра акушерства и гинекологии №2**

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор Е.В. Енькова

Актуальность: преждевременные роды являются актуальной проблемой современного акушерства, поскольку их частота в развитых странах мира остается достаточно высокой в совокупности со стабильно высокими показателями перинатальной заболеваемости и смертности. Совершенствование методов ранней диагностики, разработка персонализированного подхода в прогнозировании неблагоприятных исходов у плода обеспечивает возможность своевременного выявления высокого риска перинатальной патологии.

Цель работы: провести комплексное морфологическое исследование материалов тканей плацент при преждевременных родах и определить закономерные изменения в них.

Материал и методы исследования: патоморфологическое исследование плацентарной ткани в объеме описания макроскопических свойств влажного препарата (размеры, видимые изменения структуры органа) с последующей микроскопией образцов (окрашивание – гематоксилин и эозин). В рамках исследования были оценены гестационная зрелость элементов последа, компенсаторные и адаптационные реакции тканей, в случае установления факта плацентарной недостаточности – установление ее формы и стадии. С целью оценки характера иммунопатологических реакций в тканях – иммуногистохимическое исследование с детекцией макрофагов (CD68,163).

Результаты исследования: для плацентарной ткани группы женщин, родоразрешенных в сроке 22-27 недель, характерна общая незрелость плацентарной ткани с преобладанием промежуточного типа ворсин хориона и значительным количеством перивиллезного

фибриноида с формированием очагов псевдоинфарктов. Обращает на себя внимание слабая выраженность компенсаторно-приспособительных реакций ткани плацент и нейтрофильная инфильтрация стромы, что говорит о признаках восходящего инфицирования. В другой группе женщин, родоразрешенных в сроке 28-33 недель, обращает на себя внимание незрелость ткани и промежуточным типом ворсин хориона и значительным количеством перивиллезного фибриноида, также, с формированием очагов и полей псевдоинфарктов. В дополнении к этому, в плацентарной ткани данной группы женщин отмечаются циркуляторные нарушения по геморрагическому типу на фоне компенсаторно-приспособительных реакций умеренной степени выраженности. Однако, в данном случае помимо восходящего инфицирования имеются ещё признаки гематогенного инфицирования. В третьей группе образцов плацентарной ткани (женщины, родоразрешенные в срок 34-36 недель) отмечается практически зрелая плацента с преобладанием терминального типа ворсин на фоне меньшего числа специализированных ворсин, наиболее выражены отложение перивиллезного фибриноида с формированием очагов и полей псевдоинфарктов на фоне геморрагических циркуляторных нарушений. Показатели иммуногистохимического исследования тканей плаценты демонстрируют достоверно выраженную положительную корреляционную зависимость уровня CD68 макрофагов и срока гестации.

Выводы: комплексная оценка плацентарной ткани позволяет получать достоверные сведения о течении беременности. Иммуногистохимические исследования дают представления о структуре и функциях тканевых макрофагов. В совокупности, данные методы включая, помимо диагностики внутриутробного инфицирования, оценки функций трофобласта и степени компенсаторных реакций, расширяют представление специалистов перинатальной медицины о морфофункциональных изменениях плаценты в связи с преждевременными родами. Данные сведения необходимо учитывать в клинической практике с целью повышения эффективности терапевтических мероприятий.

ОЦЕНКА ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

Н.В. Петелина – ординатор 1-го года обучения

Кафедра эпидемиологии, социальной гигиены и организации госсанэпидслужбы

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.С. Смирнова

Актуальность. Беременные женщины и новорожденные дети являются ведущими группами риска осложнений при возникновении вспышек инфекционных заболеваний. Новая коронавирусная инфекция не стала исключением. В ряде исследований показано, что при относительно легком течении инфекционного процесса, уровень заболеваемости COVID-

19 у беременных была выше, чем в популяции [1,2]. У беременных, перенесших COVID-19, отмечены более высокая частота преэклампсии, преждевременных родов и кесарева сечения по сравнению с беременными без COVID-19. Пандемия коронавируса была связана с повышением материнской заболеваемости, смертности и неблагоприятных акушерских исходов [3,4].

Цель исследования – изучить акушерские и неонатальные исходы у женщин, перенесших COVID-19 в период беременности.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучены клинические и эпидемиологические характеристики 153-х женщин, перенесших COVID-19 во время беременности, и родоразрешившихся в Перинатальном центре ГАУЗ СО «Демидовская городская больница» (г. Нижний Тагил) в 2022 году, а также их акушерские и неонатальные исходы по данным историй родов (ф.№096/у) и истории развития новорожденных (ф.№097/у). В исследуемую группу вошли женщины в возрасте от 18 до 45 лет, с одноплодной, самопроизвольно наступившей беременностью, перенесшие SARS-CoV-2 во время беременности. В качестве сравнения использованы данные отчета о деятельности Перинатального центра ГАУЗ СО «Демидовская городская больница» за 2019 год. В работе применялись эпидемиологический и статистический методы исследования.

Результаты исследования. В исследуемой группе наиболее часто беременные женщины перенесли COVID-19 во 2-м и 3-м триместрах (73 сл., 47,7% и 63 сл., 41,2% соответственно). Степень тяжести заболевания была легкая и средняя, доля пневмоний составила 6,5%. В возрастной структуре преобладали женщины 20-29 лет (49,7%) и 30-39 лет (45,1%), Me – 29 лет. Охват прививками против COVID-19 в данной когорте составил 12,5% (19 чел.), из которых 14 женщин (9,2%) были вакцинированы до беременности и 5 женщин (3,3%) – во время беременности во 2-м и 3-м триместрах.

В период беременности у женщин, перенесших COVID-19, были отмечены коморбидные состояния – анемия (89 сл., 58,2%), гестационный сахарный диабет (49 сл., 32%), инфекции мочевыводящих путей (25 сл., 16,3%), артериальная гипертензия (24 сл., 15,7%). У 1/4 беременных, перенесших COVID-19, была отмечена угроза прерывания беременности на разных сроках гестации (40 сл., 24,2%).

Большинство беременных родоразрешились через естественные родовые пути (125 сл., 82%), частота оперативного родоразрешения составила 18%, наложения акушерских щипцов – 4,8%, вакуум-экстракции плода – 1,6%. Доля преждевременных родов (до 37 недель гестации) составила 3,3%. Отмечено значительное количество родов с преждевременным излитием околоплодных вод (107 сл., 69,9%) и проведением дополнительного родовозбуждения (45 сл., 29,4%), в т.ч. без значимого эффекта с последующим оперативным родоразрешением (5 сл., 11,1%).

В послеродовом периоде у женщин, перенесших COVID-19, было зарегистрировано 6

случаев осложнений, в т.ч. гипотоническое кровотечение с кровопотерей до 1000 мл (3 сл., 2%), эндометрит послеоперационный (1 сл., 3,6%), эндометрит послеродовый (1 сл., 0,8%) и обострение геморроя (1 сл., 0,7%).

Анализ сведений о 153 новорожденных показал, что средняя масса тела новорожденных на момент рождения составила 3 430 г, оценка по шкале Апгар через 1 минуту после рождения – 8, через 5 минут – 9, не было зарегистрировано случаев мертворождений и неонатальных смертей. Однако каждый пятый новорожденный (34 сл., 22,2%) после рождения был переведен в отделение интенсивной терапии. В структуре патологических состояний новорождённых преобладала гипоксия (25 сл. 16,3%), в т.ч. в сочетании с изменением частоты сердечных сокращений (10 сл., 40%), задержки роста плода (12 сл., 7,8%) и внутриутробного развития (4 сл., 2,6%), врожденные пороки развития (2 сл., 1,3%).

Таблица 1. Сравнение акушерских и неонатальных исходов в пандемический (2022г.) и допандемический (2019г.) периоды

Показатель	Пандемический период,%, (n=153)	До-пандемический период,%, (n=3668)	Критерий Фишера
Срок гестации, недель			
35-38 недель	21,6%	4,2%	фэмп=6,705, p<0,01
39-43 недель	77,1%	94,7%	фэмп=6,448, p<0,01
Вид родоразрешения			
Через естественные родовые пути	81,7%	66,4%	фэмп=4,269,p<0,01
Кесарево сечение	18,3%	33,6%	
Инструментальные вмешательства в период родов			
Выходные акушерские щипцы	4,8%	0,8%	фэмп=2,838, p<0,01
Вакуум-экстракция плода	1,6%	4,3%	фэмп=1,795; H1 на p<0,05 и H0 на p>0,01
Масса тела новорожденного			
до 2500 г	0,7%	5,9%	фэмп=3,993, p<0,01
2500-4000 г	90,2%	82,5%	фэмп=2,752, p<0,01
Заболевания новорожденного			
Задержка внутриутробного развития плода	10,5%	6,6%	фэмп=1,699; H1 на p<0,05 и H0 на p>0,01
Врожденные пороки развития	1,3%	2,2%	фэмп=0,793, p>0,05

Показатель	Пандемический период,%, (n=153)	До-пандемический период,%, (n=3668)	Критерий Фишера
плода			
Гипоксия плода	16,3%	4,1%	фэмп=5,167, p<0,01

В результате сравнения полученных данных с до-пандемическим периодом (табл.1), отмечено увеличение частоты преждевременных родов в сроке гестации 35-38 недель, снижение доли срочных родов в сроке гестации 39 недель и более, рост частоты применения инвазивных акушерских пособий в родах (применение акушерских щипцов), увеличение доли новорожденных детей с гипоксией.

Выводы: В результате изучения акушерских исходов у женщин, перенесших COVID-19, было отмечено возрастание доли преждевременных родов в сроке гестации 35-38 недель в 5 раз; снижение доли срочных родов в сроке гестации 39 неделе в 1,2 раза; рост частоты применения инвазивных акушерских пособий (акушерские щипцы – в 6 раз) по сравнению с женщинами, родоразрешившимися в до-пандемический период. У новорожденных, родившихся у женщин, перенесших COVID-19 во время беременности, отмечено возрастание частоты внутриутробных гипоксий в 4 раза. Среди женщин, перенесших COVID-19 во время беременности, и их новорожденных детей не зарегистрировано летальных исходов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Белокриницкая Т.Е. с соавт. Динамика эпидемического процесса и течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Дальневосточного и Сибирского федеральных округов. Гинекология. 2020; 22(5): 6-11. DOI: 10.26442/20795696.2020.5.200439.
2. Белокриницкая Т.Е. с соавт. Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока. Акушерство и гинекология. 2021; 2: 48-54.
3. Liu H, et al. Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. J Reprod Immunol. 2020;139:103122.
4. Yan J, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnant women: a report based on 116 cases. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(1):111.e1 - 111.e14.

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ТАБАКОКУРЕНИЕ И ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)

В.С. Иванов - студент 205 гр. лечебного факультета, **К.И. Обернихин** - студент 605 гр. педиатрического факультета, **В.В. Стрельцова** - студентка 507 гр. педиатрического факультета

Кафедра акушерства и гинекологии №2

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Актуальность нарастающий тренд частоты случаев рака шейки матки (РШМ) во всем мире побуждает мировое сообщество к разработке и поиску новых путей ранней профилактики данного заболевания. Наряду с РШМ, на сегодняшний день остается актуальным вопрос табакокурения и никотиновой зависимости. В ряде эпидемиологических наблюдательных многоцентровых исследованиях, посвященных изучению предикторов рака шейки матки, был оценен вклад никотина в онкогенезе. Достоверно известно, что содержащиеся в табачном дыме смолы оказывают канцерогенное действие на ткани организма человека, посредством прямого воздействия на генетический аппарат клетки (ДНК) с последующей злокачественной трансформацией. Ученые пришли к выводу о том, что никотин способен инициировать прогрессирование рака шейки матки у ВПЧ-положительных женщин на фоне уже имеющихся повреждений эпителия. Однако, механизм реализации канцерогенного действия до конца не изучен: предполагается, что курение снижает уровень иммунного ответа за счет ингибирования натуральных киллеров, что в свою очередь, приводит к торможению клеточно-опосредованных иммунных реакций. В то же время, ряд ученых придерживаются модели нарушения тканевого дыхания посредством никотин опосредованных процессов вазоконстрикции и повышения местного уровня карбоксигемоглобина

Цель исследования анализ частоты случаев рака шейки матки и цервикальной неоплазии в случае табакокурения в анамнезе. Определение рисков развития рака шейки матки, в случае совокупности действия нескольких факторов рисков: ВПЧ-инфицирование и табакокурение.

Материалы и методы исследования ретроспективный анализ 1290 случаев ВПЧ-инфицирования у женщин возрастом 40-81 лет. Оценка статуса курильщика, анализ соматического анамнеза в исследуемых группах. С целью систематизации результатов исследования группы сформированы группы сравнения – 1 группа – рак шейки матки, 2 группа – цервикальная неоплазия 3 степени (CINIII), 3 группа – цервикальная интраэпителиальная неоплазия 1 и 2 степени (CIN I-II).

Результаты исследования курение в анамнезе достоверно чаще встречалось в группе женщин с раком шейки матки (РШМ) и CIN III степени – 64,2% и 46,5% соответственно, при $p>0,03$. Однако в группе женщин с CIN I-II данный показатель достиг уровня -12,3% ($p<0,001$). При проведении подробного анализа анамнеза курильщика установлено, что доля бросивших курить в группах сравнения составила 5,6%, 16,3% и 10,1% женщин соответственно. Однако, в случае отрицания курения в анамнезе, самая низкая доля женщин никогда не куривших наблюдалась в группе CIN I, что позволяет сделать вывод о том, что курение является прогностически неблагоприятным фактором в отношении рака шейки матки. В рамках

настоящего исследования нами была проведена также оценка экспозиции пассивного курения и отношения к табачному дыму, встречающемуся женщинам в повседневной жизни. Для этого в каждой группе сравнения была сформирована группа некурящих женщин и проанализировано количество дней в неделю, в которые происходит контакт с источниками табачного дыма. По результатам исследования было установлено, что наибольшая доля пассивных курильщиц было зарегистрировано в группе женщин с раком шейки матки – 41,2% ($p>0,003$), в то время, как в других группах сравнения данный показатель не превышал 10%, $p>0,01$. На следующем этапе исследования, был проведен корреляционный анализ зависимости гистологической формы рака шейки матки от анамнеза курильщика. По его результатам было установлено, что неороговевающий плоскоклеточный рак шейки матки достоверно чаще встречался в группе курящих женщин (68,4%, $p<0,01$), при этом ороговевающая форма рака шейки матки одинаково чаще регистрировалась в группах женщин курящих и куривших ранее (45,4% и 49,2% соответственно). При анализе рисков развития рака шейки матки было установлено, что в случае наличия в анамнезе двух факторов риска (табакокурение и ВПЧ) относительный риск развития рака шейки матки повышается на 69,3% (ОР=69,3 ДИ [24,3-203,4]).

Выводы. Табакокурение является предиктором развития рака шейки матки у женщин не только репродуктивного возраста, но и у женщин в период перименопаузы и менопаузы. Анализ «статуса курильщика» позволяет достоверно оценить прогнозы и вносить коррективы в тактику ведения пациенток из групп риска по табакокурению. Пассивное курение не снижает риски развития РШМ и наряду с активным курением, является одним из грозных факторов риска.

ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Е.В. Черняева, Т.В. Фисунова - студентки

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Научный руководитель к. м. н., доц. О.В. Томина

Актуальность. Эктопия шейки матки — смещение границ цилиндрического эпителия на влагалищную часть шейки матки [2]. Первое место в структуре амбулаторной гинекологической заболеваемости занимают доброкачественные патологические процессы шейки матки [1]. В последние годы эктопия шейки матки занимает лидирующие позиции среди гинекологических патологий репродуктивного возраста. Заболевание обнаруживается у 38,8 % женского населения, у 49,2 % гинекологических больных, в 54,2 % случаев в возрасте до 25 лет. Проблема не ограничивается только патологическим очагом на шейке матки.

Репродуктивное здоровье пациенток характеризуется тем, что у них достоверно выше риск нарушений менструальной и репродуктивной функции, восходящего инфицирования верхнего отдела генитального тракта, частота бесплодия, невынашивания, преждевременных и осложненных родов, кроме того, эктопию в анамнезе отмечают 50,9 % больных раком шейки матки [4]. У подростков и пациенток раннего репродуктивного возраста эктопию шейки матки рассматривают как физиологическое состояние, связанное с относительной гиперэстрогенией. Появление эктопии шейки матки при беременности также считают физиологическим состоянием, связанным с изменением функций яичников. Приобретённую эктопию шейки матки рассматривают как полиэтиологическое заболевание, обусловленное воздействием ряда факторов. К экзогенным (средовым) факторам относят: раннее начало половой жизни и частую смену половых партнеров, инфекции гениталий, вызванные специфической (вирусной) и банальной флорой, паритет и низкий социально-экономический уровень жизни женщины, раннюю первую беременность (в возрасте до 18 лет), травму шейки матки (после абортов и осложненных родов, применение барьерных методов контрацепции), физические, химические, лекарственные факторы, производственные вредности. Среди эндогенных (генетических) факторов выделяют: нарушения гормонального гомеостаза, связанные с функциями гениталий (раннее менархе и раннее половое созревание, нарушение менструального цикла и репродуктивной функции, ранняя менопауза); нарушения функции эндокринных желез (гипофиза, яичников, надпочечников, щитовидной железы); изменения иммунного статуса (наличие хронических экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, профессиональных вредностей) [2, 3]. Особую роль в развитии эктопии шейки матки имеет вирус папилломы человека (ВПЧ).

Цель. Выявить факторы риска развития эктопии шейки матки, рассмотреть клинические проявления, диагностику и лечение.

Материалы и методы исследования. Для научной работы были взяты 90 историй болезни женщин в возрасте 18-55 лет, проходивших лечение в клинике ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России с 2021 по 2022 гг. по поводу эктопии шейки матки. Была произведена оценка факторов риска развития данной патологии, рассмотрены клинические проявления, диагностика и лечебная тактика эктопии шейки матки.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие женщины 18-35 лет - 70%, 36-50 лет – 26,7%, 50-55 лет – 3,3%. Средний возраст составил 32 года. Среди исследованных женщин у 11% пациенток в анамнезе первичное бесплодие, у 10% – вторичное бесплодие. С целью контрацепции 28% женщин используют презерватив, 9% - внутриматочную спираль, 10% - спермициды, 7% - календарный метод, 20% - гормональные контрацептивы, 26% - прерванный половой акт. Ранее начало половой жизни с 14-16 лет отметили 29 пациенток (32,2%), с 17-18 лет – 44 пациентки (48,9%). Урогенитальные инфекции в анамнезе были у 35

женщин: гонорея – у 7%, хламидиоз – у 15%, трихомониаз – у 14%. ПАП - тест наличие ВПЧ показал у 18 пациенток (20%). Раннее менархе (до 11,6 лет) в анамнезе отмечали 14 женщин (15,5%), раннюю менопаузу (40-44 года) – 3 пациентки (3,3%), нарушение менструального цикла по типу дисменореи – у 14 пациенток (15,5%).

Гинекологические заболевания в анамнезе отмечали 90 пациенток (100%). Структура заболеваний следующая: хронический метроэндометрит – 40 (44,4%), хронический двусторонний сальпингоофорит – 32 (35,6%), миома матки – 29 (32,2%), киста яичника – 9 (10%), спаечный процесс в малом тазу – 14 (15,5%), наружный генитальный эндометриоз – 5 (5%), несостоятельность рубца на матке – 1 (1,1%), аденомиоз – 9 (10%), пролапс гениталий – 2 (2,2%), хронический цервицит – 3 (3,3%), лейкоплакия шейки матки – 11 (12,2%), кондилома шейки матки – 2 (2,2%), хронический односторонний сальпингоофорит – 4 (4,4%).

Среди сопутствующих экстрагенитальных патологий диагностировано: ревматоидный полиартрит – 1 (1,1%), первичный билиарный цирроз печени – 1 (1,1%), тиреотоксикоз легкой степени – 4 (4,4%), гипертоническая болезнь – 6 (6,7%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 8 (8,9%), анемия легкой степени – 8 (8,9%), хронический гастрит – 7 (7,8%), хронический панкреатит – 4 (4,4%), ожирение – 5 (5,6%). Аборты в анамнезе имеют 66 обследуемых (73,3%).

Среди клинических проявлений 23 пациентки (25,6%) отмечали патологические бели, 5 пациенток (5,6%) - боли и дискомфорт при половом акте, 30 пациенток (33,3%) – выделения из половых путей с неприятным запахом, 5 пациенток (5,6%) – межменструальные кровомазанья, 15 пациенток (16,6%) – зуд и 12 пациенток (13,3%) – посткоитальные кровянистые выделения.

Всем женщинам с целью уточнения и подтверждения диагноза были проведены визуальный осмотр в зеркалах и расширенная кольпоскопия, которая включала в себя пробу Шиллера и пробу уксусной кислотой. Также был взят мазок на онкоцитологию, где заключение ASCUS было поставлено 52 пациенткам (57,8%), LSIL – 28 (31,1%), HSIL – 10 (1,1%).

В качестве лечебных мероприятий были проведены криодеструкция – 14 пациенткам (15,5%), электрокоагуляция – 26 (29%), лазеровапоризация – 17 (19%), радиоволновая коагуляция высокой частоты – 33 (36,5%).

Выводы: 1. Эктопия шейки матки наиболее часто встречалась в возрасте от 18 до 35 лет – 70%. 2. Эктопия шейки матки - это полиэтиологическое заболевание с различными клиническими проявлениями. 3. Обследование пациенток должно быть направлено на выявление причин, вызвавших появление псевдоэрозии, диагностику ее клинической формы, а также уточнение фона, который способствует длительному течению. 4. Традиционно наиболее распространенным способом ведения женщин с патологией шейки матки продолжает оставаться деструкция очага (криотерапия, электрокоагуляция, лазеровапоризация, радиоволновая коагуляция высокой частоты).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РАЗВИТИЕ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СОСТОЯНИЯ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ТОКСИКОЗА

Ю.Д. Ошкокова, О.В. Плетникова – студенты группы ОЛД-302

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Е.В. Кузнецова

Актуальность. Организм матери при беременности крайне уязвим. Нарушение обмена электролитов при токсикозе значительно сказывается на состоянии здоровья и может приводить к стрессу. Выброс гормонов, целью которых является восстановление гомеостаза и устранение отклонений от нормы, иногда ведет к неблагоприятным последствиям. Подобный механизм лежит в развитии гипергликемии критических состояний. Она возникает у пациентов с тяжелыми нарушениями различных видов обмена, но с ранее нормальной толерантностью к глюкозе и регулярной выработкой инсулина [1]. Отличительной чертой стрессовой гипергликемии является ее инволюция после успешного лечения сбоев в метаболизме. Необходимо учитывать возможность развития гиперосмолярных состояний на фоне стрессовой гипергликемии и своевременно корректировать критические состояния.

Цель исследования. Анализ течения гипергликемии во время беременности с развитием гиперосмолярного состояния без признаков сахарного диабета в дальнейшем.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки, наблюдающейся в эндокринологическом центре ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница 1» (ГАУЗ СО «СОКБ 1») с гестационным сахарным с завершающим интервьюированием пациентки о состоянии ее здоровья через четыре месяца после родоразрешения.

Результаты исследования. Пациентка Н. родилась на Урале. В анамнезе ДЦП (укорочение левой нижней конечности на 3 см., нарушение походки, присвоена III группа инвалидности), ВПР матки в виде удвоения.

Считает себя больной с конца апреля 2022, когда в возрасте 19 лет, на сроке беременности 7-8 недель стала беспокоить рвота до 5 раз в день. При обследовании по месту жительства впервые выявлена гипергликемия натощак 8,0 ммоль/л. Госпитализирована в городскую больницу г. Каменск-Уральска (ГБ Каменск-Уральска), обследовалась, диагноз сахарный диабет установлен не был. Проводилась симптоматическая терапия токсикоза, однако после выписки из стационара приступы рвоты сохранялись.

22 мая 2022 г. у пациентки впервые появилось двоение в глазах, за помощью не обращалась. 27.05.2022. в связи с нарушением сознания (ступор), гипергликемией 28,6 ммоль/л бригадой скорой медицинской помощи доставлена в ГБ Каменск-Уральска с диагнозом

гиперосмолярное состояние, беременность 14 недель. Было принято решение о переводе больной территориальным центром медицины катастроф в ГАУЗ СО «СОКБ 1», госпитализирована в реанимационное отделение. При обследовании выявлена высокая гипергликемия (максимально до 40 ммоль/л), значительное повышение давления кислорода венозной крови до 99,7 мм.рт.ст., рН венозной крови до 7,4; выраженные электролитные нарушения: гипокалиемия (2,6 ммоль/л), гиперхлоремия (131 ммоль/л) и гипернатриемия (154 ммоль/л). Уровень гликированного гемоглобина в пределах нормы – 5,6%. Объективно при поступлении сознание спутанное (ступор), индекс массы тела 27, 5 кг/м², отклонения в походке, ограничение движения глазных яблок по горизонтали и вертикали. Проведена магниторезонансная томография (МРТ) головного мозга, осмотрена неврологом – выявлены: выраженная мозжечковая атаксия, стато-координаторные нарушения, установлен диагноз энцефалопатия Вернике, развитие которой расценено как следствие тяжелого токсикоза.

Находилась в РАО 28-30.05.2022. Состояние тяжелое из-за метаболических нарушений, гиповолемии на фоне дебюта СД и беременности, сопровождающейся длительным токсикозом. Для устранения основной причины госпитализации в виде гипергликемического состояния было назначено лечение в виде курса инсулина человеческого продленного действия и аналога инсулина человека ультракороткого действия. Терапия оказалась эффективной и привела к быстрому снижению глюкозы крови. На основании постоянно высоких значений глюкозы в крови, наличия факторов риска и положительной динамике инсулинотерапии был поставлен диагноз – неуточненный СД 1 типа.

После проведенного лечения в ОКБ-1 пациентка находилась под наблюдением в городе Каменск-Уральск. Пациентке была назначена диета номер 9 для больных сахарным диабетом и показан постоянный контроль гликемии. Без инъекций инсулина уровень глюкозы крови оставался в пределах нормы. До родов пациентка перестала соблюдать диету, что не повлекло за собой последствий в виде гипергликемии.

Родоразрешение было принято проводить в ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава РФ путем лапаротомии по Пфанненштилю на 38 неделе с использованием спинномозговой анестезии. Ребенок родился здоровым: девочка с весом 2800 грамм и ростом 43 см. После родов продолжался контроль гипергликемических состояний. По рекомендации эндокринолога должен был быть проведен анализ на Ig к GAD для выявления сахарного диабета I типа, но диагностика не была пройдена. Пациентка не соблюдала диету, инсулин не принимался, однако в дальнейшем глюкоза не превышала 5,9 ммоль/л, но опускалась до 2,7 ммоль/л.

Изначально был заподозрен сахарный диабет I типа, обусловленный наличием факторов риска развития сахарного диабета в виде ожирение и гипертонической болезни у пациентки в анамнезе [1]. Однако сахарный диабет I типа и гестационный диабет не были подтверждены по причине отсутствия необходимости в инсулинотерапии после окончания токсикоза на 15

неделе беременности.

Следовательно, гипергликемия не была следствием сахарного диабета. Однако могла дополнительно усугубиться развитием энцефалопатии Вернике, так как в основе ее развития лежит дефицит тиамин – кофактора ферментов гликолиза. Следовательно, при наличии данного диагноза у пациента снижается утилизация глюкозы нейронами [2], что ведет к повышению глюкозы в крови. В данном случае токсикоз со значительной потерей электролитов и сдвигами в газовом составе крови можно расценить как критическое состояние для организма пациентки, которое совместно с энцефалопатией Вернике привело к гипергликемии [3]. После устранения последствий токсикоза и стабилизации состояния пациентки в РАО глюкоза в крови опустилась до значений нормы.

Выводы

1. Повышенное внимание к течению токсикоза с поддержанием в пределах нормы показателей крови необходимо для профилактики тяжелого токсикоза вместе с возможным гиперосмолярным состоянием.

2. Постоянная консультация у лечащего врача и контроль сахара могут выявить у пациенток гипергликемию при более низких значениях, чем в данном случае, и предотвратить госпитализацию с дальнейшей угрозой прерывания беременности.

Список источников литературы

1. Моргунов, Л.Ю. Гипергликемия критических состояний у пациентов без диабета / Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. // Л.Ю. Моргунов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – номер 2(23), 14-25 с.

2. The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus / J.F. Plows, J.L. Stanley, P.N. Baker [et al.] // International journal of molecular sciences. – Switzerland: MDPI, 2018. – vol. 19,11.

3. Мравян, С.Р., Шугинин И.О., Коваленко Т.С. Энцефалопатия Вернике как осложнение тяжелой рвоты беременных / С.Р. Мравян, И.О. Шугинин, Т.С. Коваленко // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018 год. – 18(6). - С. 88 - 93.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ЛИЦ ПЕРВОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2023 ГОД

А.Х. Исламгулов, Д.Р. Хабириянова, М.Р. Ханова, А.А. Маквецян, Л.Д. Поленок –
студенты

педиатрического факультета

Кафедра судебной медицины

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры нормальной анатомии человека

А.В. Масленников

Актуальность. Депопуляция, деформирование семейной структуры в России является одной из основных демографических проблем современности. Проблемы рождаемости, являющиеся наиболее актуальными для России опосредованы рядом факторов, к которым относятся социально-экономические трудности, снижение потребности семей в детях, а также демографический кризис 1990-х годов.

Данные явления привели к снижению суммарного коэффициента рождаемости в России до 1,9. Изменения в предполагаемой рождаемости могут быть обусловлены ростом экономической нагрузки, неопределённостью лиц репродуктивного возраста, искажением таких понятий как “социальная семья”, ориентированием на двухходные семьи, изменением представления о желаемом количестве детей, ростом косвенных издержек при рождении детей, тенденцией к изменению социальных норм, что может способствовать сдвигению возраста, предполагающего планирования семьи.

Изучение норм репродуктивного поведения позволяет определять предполагаемые изменения в ожидаемом, желаемом и фактическом числе детей в семьях.

Цель исследования: изучение репродуктивного установок у студенческой молодёжи в Республике Башкортостан.

Материалы и методы. Проведено мультиметодическое исследование на основе анонимного онлайн-анкетирования по вопросам репродуктивных установок среди лиц мужского и женского пола в возрасте от 16 до 41 года. В исследование включены результаты 501 респондента.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст среди опрошенных лиц составил 20 лет. Средний возраст вступления в брак среди анкетированных лиц - 23,6 года.

Оптимальный возраст рождения ребёнка, по мнению респондентов, составил 25,5 лет.

59,3% опрошенных считают зарегистрированный брак обязательным условием рождения ребёнка.

76,2% в будущем планируют стать отцом/матерью, 13,6% не задумывались об этом, 10,0% не намерены реализовывать репродуктивный потенциал.

Уровень преемственности аборт у лиц первого зрелого возраста в 2023 году составил 54,4%.

Вывод. Анализ репродуктивного поведения у анкетированных лиц установил промежуток между вступлением в брак и возрастом рождения ребёнка в 1,9 года. Лицами репродуктивного возраста продемонстрирована высокая готовность к реализации половой составляющей репродуктивного поведения. Большая часть респондентов убеждена в необходимости регистрации брака при рождении детей.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЛАКСАЦИИ ВЛАГАЛИЩА КВАДРИПОЛЯРНЫМИ ДИНАМИЧЕСКИМИ РАДИОЧАСТОТАМИ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

А.Е. Балясная = студентка 5 курса педиатрического факультета,

А.Р. Гаврилова - студентка 5 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Елисеева

Актуальность. Синдром вагинальной релаксации — это женское гинекологическое заболевание, характеризующееся снижением мышечного тонуса и упругости слизистой оболочки влагалища. Данное заболевание встречается у 77% женщин. У четверти пациенток патология развивается после первых родов, регистрируется в любом возрасте, но наиболее подвержены заболеванию женщины старше 40 лет. Увеличение объёма влагалища и неполное смыкание вульварного кольца приводят к нарушению выделительной функции, вызывают сексуальный дискомфорт и снижают качество жизни в целом. Именно поэтому данная патология является актуальной в настоящее время.

Цель исследования: оценить применение динамических квадриполярных частот при синдроме релаксации влагалища у женщин в разных возрастных группах в динамике.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в период с сентября 2022г. по февраль 2023г. на базе ООО «Клиника Доктора Фомина». В исследование были включены 40 пациенток с синдромом релаксации влагалища, которым были проведены процедуры радиочастотной реконструкции тканей женской мочеполовой системы с медицинским изделием «Радиочастотное устройство EVA». Цикл лечения всех женщин составил 4 радиоволновых воздействия с интервалом 14 дней. Время воздействия составило 22 мин (12 мин во влагалище и 10 мин на область вульвы) в режиме «синдром релаксации влагалища», температура 40–42°C, частота 1–1,3 МГц, влагалищная и наружная насадки. Пациентки, принявшие участие в исследовании, были разделены на 2 группы: средний возраст первой группы составил 30± 1 год (20-40 лет), средний возраст второй группы — 44±1 год (41-50 лет). Перед проведением радиочастотного воздействия проводился сбор анамнеза, жалоб, общий и гинекологический осмотр пациенток. Каждая пациентка заполняла валидированные анкеты и опросники перед сеансом радиоволнового воздействия и после проведения курса из 4-х процедур — SF-36, FSFI, ICIQ-SF.

Результаты исследования. 1-я группа — n = 22 женщины в возрасте 20-40 лет (55%)

При анализе результатов у всех пациенток данной группы отмечено улучшение качества жизни на 14,38 % (SF-36 Анкета оценки качества жизни), снижение симптомов стрессового недержания мочи на 1 балл (ICIQ-SF Международный индекс оценки удержания мочи). У всей

группы пациенток было выявлено улучшение сексуальной жизни по следующим параметрам: влечение – на 2,25 балла, возбуждение – на 2,25 балла, лубрикация – на 1,55 балла, оргазм – на 1,38 балла, удовлетворенность – на 1,29 балла, снижение боли – на 2,53 (FSFI Индекс женской сексуальной функции).

2-я группа — $n = 18$ женщин в возрасте 41-50 лет (45 %).

При анализе результатов у всех пациенток данной группы отмечено улучшение качества жизни на 8,89 % (SF-36 Анкета оценки качества жизни), снижение симптомов стрессового недержания мочи на 1,5 балла (ICIQ-SF Международный индекс оценки удержания мочи). У всей группы пациенток было выявлено улучшение сексуальной жизни по следующим параметрам: влечение – на 1,6 балла, возбуждение – на 1 балл, лубрикация – на 1,4 балла, оргазм – на 1,1 балл, удовлетворенность – на 1 балл, снижение боли – на 1,56 балла (FSFI Индекс женской сексуальной функции).

Сравнивая результаты исследования в двух возрастных группах, можно утверждать, что у женщин в возрасте 20-40 лет отмечается улучшение качества жизни на 5,49% выше, чем у женщин 41-50 лет, снижение симптомов стрессового недержания мочи легкой степени на 0,5 балла выше, чем у женщин из второй возрастной группы. Сравнивая результаты в двух группах по анкете сексуальной функции, можно отметить, что показатели в 1 группе выше, чем во второй.

Выводы. Проведенное нами исследование позволяет считать применение динамических квадриполярных частот при синдроме релаксации влагалища у женщин любого возраста эффективным методом лечения. Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что после проведения терапии у пациенток в обеих группах улучшилось качество жизни, купировались симптомы нм легкой степени, снизился сексуальный дискомфорт.

И у женщин в возрасте от 20 до 40 лет применение динамических квадриполярных частот выявлены более высокие показатели, чем у женщин в возрасте от 41 до 50 лет.

СТРАТЕГИЯ УСПЕШНОЙ ТАКТИКИ ВВЕДЕНИЯ СУРФАКТАНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС СИНДРОМА

П.М. Мелихова - студентка 2 курса 2 группы лечебного факультета

Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Актуальность. РДС синдром является одной из основных проблем нарушения внешнего дыхания у новорожденных, и частота встречаемости его тем выше, чем ниже гестационный срок и вес новорожденного. РДС приводит к летальности в 20-25% случаев всей перинатальной смертности, а у родившихся на сроках 26-28 недель, процент смертности составляет порядка 80%. В связи с этим, тема является актуальной и заслуживает пристального

внимания.

Цель исследования. Изучение и оценка эффективности введения сурфактанта, методов его введения при лечении РДС у детей, а также изучения этиопатогенетических факторов развития РДС, диагностики данного заболевания и возможных методов профилактики.

Материал и метод исследования. Материалом данного исследования послужил анализ медицинских карт 6 новорождённых. Средний гестационный срок появления новорожденных составил ~ 29 нед., масса тела при рождении ~ 1300 г. Анализ медицинской документации проведен для получения сведений о методах профилактики и лечения РДС новорожденных и выявления наиболее эффективных методов введения сурфактанта. Оценивались показатели рН крови и уровень оксигенации крови.

Результаты исследования. Нами была замечена прямая зависимость между сроком рождения и развитием РДС, чем меньше срок, тем выше риск развития РДС и сопутствующих заболеваний. К счастью, многим беременным с предпосылками к развитию патологий назначается пренатальная профилактика для избежания преждевременных родов, которая включает в себя курсовое введение кортикостероидов с целью профилактики РДС недоношенных. Такой курс способствует снижению риска возможных осложнений в виде кровоизлияний в желудочки и некротизирующего энтероколита.

Согласно современным литературным данным экзогенный сурфактант применяют как для лечения респираторного дистресс-синдрома, так и для профилактики развития клинических симптомов РДС, пневмоторакса, эмфизем легких и неонатальной смертности. Нами был изучен вопрос методов введения сурфактанта в клинической практике. В результате опроса врачей- мы выяснили, что наиболее часто врачи используют несколько методов введения препарата: через интубационную трубку, малоинвазивный метод «LISA» и метод «INSURE». Классическую интубацию, применяют повсеместно с самых ранних сроков рождения, при наличии угнетенного самостоятельного дыхания или сниженным мышечным тонусом, а также с целью профилактического введения сурфактанта. Данная манипуляция болезненная и имеет свои недостатки такие как: высокий риск гемодинамических нарушений, травмы гортани и трахеи, кроме того после интубации трахеи может возникнуть нарушение ритма сердца. В связи с этим на смену классической манипуляции разработали метод «INSURE» с более «щадящей» тактикой введения. Первый вдох младенца индуцируется мешком Амбу или аппаратом, где в дальнейшем функционирование легких будет поддерживаться аппаратом СРАР. Однако, оба метода все еще вызывают травматизм и высокий риск сопутствующих заболеваний.

На сегодняшний день был разработан альтернативный малоинвазивный метод «LISA». Рекомендуются использовать на 28-32 неделях рождения на фоне самостоятельного дыхания. В дальнейшем ребенку будет назначена респираторная терапия методом СРАР. Одним из

преимуществ данного метода является введение тонкого катетера в просвет трахеи, не вызывая сильного травматизма дыхательных путей. Малоинвазивный метод благоприятно сказывается на снижении частоты механической вентиляции и снижает частоту бронхолегочной дисплазии у недоношенных. Данный метод позволяет избежать интубацию трахеи и снизить потребность в проведении инвазивной ИВЛ.

Пациент Показатель	1 пациент		2 пациент		3 пациент		4 пациент		5 пациент		6 пациент	
	ДО	ПОСЛЕ	ДО	ПОСЛЕ	ДО	ПОСЛЕ	ДО	ПОСЛЕ	ДО	ПОСЛЕ	ДО	ПОСЛЕ
pH	7,15	7,35	7,0	7,36	7,22	7,29	7,22	7,34	7,13	7,30	7,20	7,28
pCO ²	72	42	99	37	32	40	45	38	43	45	66	50
pHO ²	32	46	42	52	50	54	34	50	42	43	39	41
BE	-6	-2	-10	-4	-13	-7	-7	-5	-15	-4	-4	-4
HCO ³	12	23	16	21	14	19	18	21	13	21	21	22
Срок гестации	32		31		25		29		29		30	
Вес при рождении	1700		1300		800		1200		1400		1400	
Метод введение сурф.	LISA		INSURE		Эндо-трахеальная трубка		Эндо-трахеальная трубка		INSURE		INSURE	

Проанализировав полученные данные, удалось сформулировать гипотезу. Предположительно, что ключевыми и решающими показателями стали pH крови и ее насыщение углекислым газом и кислородом. Первому пациенту вводился сурфактант через зонд с использованием метода LISA. К 2,5,6 пациентам был применен метод INSURE, соответственно 3 и 4 пациенты получали сурфактант классическим методом через эндотрахеальную трубку. Обращаясь к таблице 1 можно выявить некоторую закономерность, которая явно прослеживается в методе INSURE. Среднее арифметическое у показателей крови с данным методом примерно 0.14, когда показатели после интубации выросли всего на 0.095. Следовательно, данный метод с лучшей динамикой влияет на кислотность крови, также немало важен тот факт, что показатели pCO₂, HCO₃ стремятся компенсировать до нормального состояния показатель кислотности крови. Возникла необходимость доказать эффективность и двух других методов. Ранее было выяснено что метод LISA по своей сути уже малоинвазивен, после его применения отрицательное влияние на организм младенца-минимально. Эндотрахеальная трубка с явным отрывом зарекомендовала себя в эффективности насыщения кислородом крови, но остальные показатели изменились в сторону улучшения с меньшей динамикой.

Выводы. Принимая во внимание вышесказанное, на ранних сроках и до 28 недель идеальным методом будет интубация с помощью эндотрахеальной трубки. С ее помощью

значительно повысится показатель кислорода и с менее быстрой динамикой другие показатели. Для младенцев в более критических состояниях на сроках от 28 недели оптимально использование метода INSURE с целью достаточного и быстрого приведения состояния пациента к оптимальным значениям и компенсации показателей. На логичный вопрос, а почему не применять метод «INSURE» повсеместно, можно лишь обратиться к клиническим рекомендациям, в которых сказано, что на сроках до 28 недель применяется только метод интубации трахеи. Что касается метода LISA он применим в тех случаях, если имеется риск высокого травматизма еще не окрепших дыхательных путей или ребенок может дышать сам, но ему нужна терапия в виде СРАР.

АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ COVID-19

Р.Р. Якупов, А.К. Ахметшина - студенты 501 и 502 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Л. Черненко

Актуальность. В настоящее время имеется неоднозначная информации о влиянии COVID-19 на течение беременности и исход родов. В одних исследованиях говорится о высоких рисках преждевременных родов, преэклампсии, материнской и неонатальной смертности, в других - приводятся результаты о том, что новая коронавирусная инфекция не оказала существенного влияния на организм матери и плода, следовательно, и роды были не осложненные.

Цель. Оценить влияния новой коронавирусной инфекции COVID -19 на течение беременности и родов.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй родов 38 беременных с подтвержденным ПЦР тестом новой коронавирусной инфекции.

Результаты исследования. Возраст беременных женщин - $30,2 \pm 0,9$ лет. Ни одна из поступивших не была вакцинирована. Симптомы коронавирусной инфекции проявлялись преимущественно заложенностью носа, потерей обоняния, насморком, кашлем, болью и першением в горле, повышением температуры тела, выраженной слабостью. Из анамнеза выявлена достаточная коморбидная патология, с превалированием хронических заболеваний верхних (81,6%) и нижних (15,8%) дыхательных путей, болезней органов пищеварения (36,8%), анемией (26,3%), заболеваний эндокринной системы (тиреотоксикоз, ожирение) - 23,7%. Беременность осложнилась анемией (26,3%), многоводием (15,8%), хронической гипоксией плода (13,2%), задержкой роста плода 1 степени (10,5%), угрозой прерывания (10,5%). В родах наблюдалась первичная слабость родовой деятельности (10,5%),

преждевременный разрыв плодных оболочек (7,9%), кровотечение в последовом периоде (5,3%). Преждевременные роды состоялись в 7,9% наблюдений.

Выводы. Заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID -19 осложняет течение гестации. Данным пациенткам требуется особое внимание и подходы для минимизации неблагоприятных исходов беременности и родов.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ И ПСИХИАТРИЯ

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

А.Г. Гаджиева - студентка группы П-О-19/2, специальность педиатрия,
Э. С. Шабанова, А. А. Козин - студенты ЛД-18/15 и ЛД-17/6, специальность лечебное дело
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации Медицинского факультета

им. Т.З. Биктимирова

ФГБОУ ВО УлГУ, Ульяновск, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. В. В. Машин, д.м.н., проф. Л.А. Белова

Актуальность. У пациентов, перенесших, COVID-19 отмечают жалобы на подавленность, тревожные мысли, снижение работоспособности. Тревога является ключевым рычагом, приводящим к психоэмоциональной неустойчивости. Это в свою очередь влечет изменения физиологических процессов и поведения, что оказывает неблагоприятное влияние на жизнь человека и его окружение. Из этого следует, что данный вопрос требует дальнейшего углубленного изучения с целью улучшения качества жизни людей и ускорения восстановительного периода, внедрения более эффективных методик реабилитации.

Цель исследования. Оценить выраженность, характер и динамику тревожнодепрессивных нарушений у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, используя Госпитальную Шкалу Тревоги и Депрессии (HADS).

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в городе Ульяновске на базе ГУЗ ЦКМСЧ имени врача В. А. Егорова, в поликлинике № 2. Анкетирование прошло 110 пациентов (55 мужчин и 55 женщин), которым предложили пройти Госпитальную Шкалу Тревоги и Депрессии, обладающей чувствительностью для следующих нарушений: тревоги и депрессии. Полученные данные были внесены в таблицу в Excel. Статистическую обработку проводили, используя, автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни. Данные выражены в виде медианы, 25 и 75 перцентилей М (25;75) и в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm s$). Подтверждённые различия принимались при достигнутом уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $56,2 \pm 7,5$ у женщин (1 группа), и $57,4 \pm 7,8$ у мужчин (2 группа). У всех участников исследования была диагностирована коронавирусная инфекция после получения лабораторного подтверждения методом ПЦР. В группу опроса вошли пациенты, у которых прошло от 3 до 6 месяцев с момента постановления диагноза. Каждый пациент был анкетирован два раза, чтобы выявить динамические изменения в его психоэмоциональном состоянии.

В ходе исследования мы получили следующие показатели при первичном

анкетировании у первой и второй группы соответственно – [6(8;5,75)] и [11(8;4,25)]. Таким образом, степень тревоги у женщин, перенесших COVID-19, выше, чем у мужчин. При этом не прослеживается четкая связь пола со степенью выраженности депрессии, так как и у мужчин – [4(6,75;2,25)], и у женщин – [5,25(7;2)] были получены относительно одинаковые значения.

Показатели		1 группа (женщины)	2 группа (мужчины)
Тревога	Первичный опрос	[6(8;5,75)]	[3,2(4,15;1,25)]
	Вторичный опрос	[11(8;4,25)]	[9,4(6;3,25)]
Депрессия	Первичный опрос	[4(6,75;2,25)]	[2,9(3,25;1,8)]
	Вторичный опрос	[5,25(7;2)]	[4(5,7;1)]

Различия считались достоверными при ($p \leq 0,05$).

При вторичном исследовании наблюдались значительные изменения в показателях тревоги: у первой группы – [3,2(4,15;1,25)], а у второй – [9,4(6;3,25)]. Таким образом, несмотря на более выраженные тревожные нарушения у женщин, их восстановление происходит медленнее, чем у лиц мужского пола. Депрессивные изменения при вторичном опросе, также как и при первичном не выявили выраженных отклонений.

Выводы. В ходе изучения степени тревоги у пациентов, перенесших COVID-19, было выявлено, что у женщин превалирует клинически выраженный уровень тревоги, а у мужчин субклинически выраженная тревога. При рассмотрении степени депрессивных нарушений статистически достоверных различий между вышеописанными двумя группами не обнаружено.

Список литературы:

1. Аленина О.К., Диденко А.В., Бохан Н.А. Характеристика спектра психопатологических проявлений у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19/ Бюллетень медицинской науки. – 2021. – №1. – С 39-44.
2. Ешимбетова С.З., Распопова Н.И., Дуйсенова А.К. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с COVID-19/Вестник КАЗНМУ. – 2021. – №4. – С 176-182.

СРАВНЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

А.Г. Гаджиева, А.С. Дергачева - студентки группы П-О-19/2 и П-О-19/1, специальность

педиатрия, Э. С. Шабанова - студентка группы ЛД-18/15 , специальность лечебное дело
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации Медицинского факультета
им. Т.З. Биктимирова

ФГБОУ ВО УлГУ, Ульяновск, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. В. В. Машин, д.м.н., проф. Л.А. Белова

Введение. Коронавирусная инфекция была объявлена пандемией с марта 2019 года ВОЗ. Инсульт в свою очередь является второй наиболее распространенной в мире патологией после ИБС. Пациенты, переболевшие этими заболеваниями, жалуются на снижение памяти, исполнительных функций.

Когнитивная дисфункция является одной из проявлений неврологических осложнений коронавирусной инфекции и ишемического инсульта. Подобные нарушения существенно снижают качество жизни человека, тем самым затрудняя адаптацию в социальной и трудовой деятельности. Это указывает на необходимость более подробного изучения данного вопроса.

Цель. Оценить частоту, характер и динамику когнитивных расстройств у пациентов после коронавирусной инфекции и ишемического инсульта, сравнить полученные результаты.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в городе Ульяновске на базе ГУЗ ЦКМСЧ имени врача В. А. Егорова, поликлиника № 2 и в Первично-сосудистом отделении. Было обследовано 136 человек (68 пациентов, перенесших COVID-19 (1-ая группа) и 68 пациентов с ишемическим инсультом (2-ая группа)), которым было предложено пройти МОСА-тест (Монреальскую шкалу когнитивной оценки, стандартный вариант), направленный на изучение когнитивных нарушений. Также применялся альтернативный вариант МОСА-теста при вторичном анкетировании для изучения дисфункций в динамике. Статистическая обработка данных была выполнена при помощи автоматического расчета U-критерия Манна-Уитни. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 перцентилей М (25;75), а также среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm s$). Значимыми принимались отличия при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов, которые участвовали в исследовании, в первой группе составил $59 \pm 10,7$. Изучались следующие показатели: внимание и сосредоточенность, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственная деятельность, мышление, математические вычисления и ориентировка в пространстве и времени, и выявлены показатели для первой группы: [22(19; 24,5)] – при первичном обследовании. Значение второго анкетирования составили [23(20; 26,25)].

У второй группы было проведено аналогичное исследование, но при этом показатели были статистически отличны. Средний возраст данной группы составил $58,2 \pm 9,05$, таким образом, обе группы имели примерно одинаковый возрастной диапазон.

	Пациенты, перенесшие COVID-19	Пациенты, перенесшие ишемический инсульт
Стандартный вариант, первичное тестирование	[22(19; 24,5)]	[15(14,25;22,75)]
Альтернативный вариант вторичное тестирование	[23(20; 26,25)]	[21(16,75;25)]

Значимыми принимались отличия при $p \leq 0,05$

Показатели в острейшем периоде у пациентов, перенесших ишемический инсульт – [15(14,25;22,75)]. В остром периоде следующие значения: [21(16,75;25)].

Выводы. Когнитивные нарушения пациентов после коронавирусной инфекции менее выражены, чем у тех, кто перенес ишемический инсульт. Но при этом динамика восстановления у первой группы лучше, чем у второй.

ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИЯ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СТВОЛА МОЗГА И СПИННОГО МОЗГА И С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ ЛАКТАТА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

М.Ю. Темнов – студент Л-401Б гр. лечебного факультета
Кафедра неврологии

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.В. Сайфуллина

Актуальность: Лейкоэнцефалопатия с вовлечением ствола мозга и спинного мозга и с повышением уровня лактата – редкое наследственное заболевание, передающееся аутосомно-рецессивным путем и связанное с поражением белого вещества головного и спинного мозга. Заболевание проявляется прогрессирующей атаксией, спастичностью и снижением мышечной силы, в первую очередь, в нижних конечностях. Впервые это заболевание было описано Van der Knaap et al. в 2003 году как неизвестная ранее патология с характерными асимметричными изменениями на МРТ и МР-спектроскопии, проявляющаяся в детстве и юношестве. Мутация, ответственная за возникновение данного заболевания находится на коротком плече 1 хромосомы в гене DARS2, который кодирует фермент митохондриальную аспартил-тРНК синтазу [Scheper GC, van der Klok T, van Andel RJ, van Berkel CG, Sissler M, Smet J, Muravina TI, Serkov SV, Uziel G, Bugiani M, Schiffmann R, Krägeloh-Mann I, Smeitink JA, Florentz C, Van Coster R, Pronk JC, van der Knaap MS. Mitochondrial aspartyl-tRNA synthetase deficiency causes leukoencephalopathy with brain stem and spinal cord involvement and lactate elevation. Nat Genet. 2007 Apr;39(4):534-9. doi: 10.1038/ng2013. Epub 2007 Mar 25. PMID: 17384640.]. Данный фермент участвует в трансляции, синтезе полипептидной цепи рибосомами на основе мРНК. При его дисфункции становится невозможным синтез нормального белка митохондриями, что

и приводит к описанной патологии. Однако известны случаи мутаций и в других генах [Marjan E. Steenweg, Daniele Ghezzi, Tobias Haack, Truus E.M. Abbink, Diego Martinelli, Carola G.M. van Berkel, Annette Bley, Luisa Diogo, Eugenio Grillo, Johann Te Water Naudé, Tim M. Strom, Enrico Bertini, Holger Prokisch, Marjo S. van der Knaap, Massimo Zeviani, Leukoencephalopathy with thalamus and brainstem involvement and high lactate 'LTBL' caused by *EARS2* mutations, *Brain*, Volume 135, Issue 5, May 2012, Pages 1387–1394, <https://doi.org/10.1093/brain/aws070>]. В связи с редкостью заболевания распространенность неизвестна, по некоторым данным составляет $<1/1000000$ [<https://www.orpha.net/>]. Однако частота мутаций в гене *DARS2* в финской популяции составила $1/95$ [Isohanni P, Linnankivi T, Buzkova J, Lonnqvist T, Pihko H, Valanne L, Tienari PJ, Elovaara I, Pirttila T, Reunanen M, Koivisto K, Marjavaara S, Suomalainen A. *DARS2* mutations in mitochondrial leukoencephalopathy and multiple sclerosis. *J Med Genet*. 2010;47:66–70.], что может указывать на недостаточную осведомленность специалистов о данном заболевании и его крайне низкую выявляемость.

Цель исследования: Целью нашего исследования являлись сбор клинических данных о пациентах с данным заболеванием в Республике Башкортостан и сравнение их с уже известными данными.

Материалы и методы: Нами было обследовано 14 пациентов с подтвержденным диагнозом лейкоэнцефалопатия с вовлечением ствола мозга и спинного мозга и с повышением уровня лактата. Средний возраст пациентов составил $26.8(\pm 14)$. В группе пациентов преобладали женщины (71,4%). Анализ проводился с помощью пакета анализа программы Microsoft Excel 2019.

Результаты исследования: Среди обследованных нами пациентов у 7 болезнь начала развиваться с раннего возраста (<15 лет), самый ранний дебют – 2 года. Самый поздний дебют заболевания – 22 года. При этом, не у всех пациентов заболевание медленно прогрессировало. 4 пациента смогли связать начало болезни с определенным провоцирующим фактором, среди которых чаще всего встречалась травма: два пациента отметили начало прогрессирования симптомов после падения на колени, еще один, после травмы связочного аппарата шейного отдела позвоночника. 1 пациент отметил, что в его случае заболевание началось после инфекции. Манифестные симптомы также отличались. Из 8 пациентов, сумевших назвать первые проявления болезни, 3 человека отметили нарушение походки, еще двое – боли и тяжесть в ногах. Также был упомянут тремор, боль в шейном отделе позвоночника (после травмы), головная боль. Однако, манифестные симптомы не сильно повлияли на итоговую картину болезни. У 7 из вышеперечисленных пациентов наблюдался спастический парез, у 5 – атаксия разной степени выраженности, у 4 – патологические стопные знаки.

Если рассматривать всю группу пациентов в целом, то у 73%(11) наблюдаются изменения тонуса конечностей, преимущественно нижних и по спастическому типу, снижение

мышечной силы. У 87%(13) больных наблюдаются различные нарушения походки, у 80%(12) – признаки атаксии. Патологические рефлексy определялись у 66%(10) больных. У 33%(5) больных были выявлены признаки аксональной нейропатии – снижение или отсутствие сухожильных рефлексов, снижение мышечной силы или потеря чувствительности.

Среди всех возможных мутаций в гене DARS2 в Республике Башкортостан были выявлены всего 2 варианта: комбинация мутаций CS072183 с.492+2T>C + CX072638 с.228-20_21delTTinsC и с.455G>T+с.228-20_21delTTinsC. По данным других исследований[Engelen M, Abbink TEM, Salomons GS, van der Knaap MS. Leukoencephalopathy with Brain Stem and Spinal Cord Involvement and Lactate Elevation. 2010 May 25 [updated 2021 Feb 18]. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2023. PMID: 20506600.] мутация с.228-20_21delTTinsC является самым частым патогенетическим вариантом заболевания, а мутации CS072183 с.492+2T>C и с.455G>T часто встречаются среди больных в североeвропейских популяциях.

Интерес также представляет информация о том, что в среднем окончательный диагноз пациентам был установлен лишь спустя 8.8(±6.5) лет.

Выводы: Полученные нами данные, в целом, совпадают с уже проведенными исследованиями, однако такой редкий симптом, как аксональная нейропатия[Engelen M, Abbink TEM, Salomons GS, van der Knaap MS. Leukoencephalopathy with Brain Stem and Spinal Cord Involvement and Lactate Elevation. 2010 May 25 [updated 2021 Feb 18]. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2023. PMID: 20506600.] у обследованных нами пациентов встречается довольно часто(33%).

Лейкоэнцефалопатия с вовлечением ствола мозга и спинного мозга и с повышением уровня лактата – редкое наследственное заболевание, требующее дополнительного изучения и анализа, а также заслуживающее большей известности среди специалистов, ведь средний возраст постановки окончательного диагноза явно указывает на недостаточную осведомленность о данном заболевании и трудности его диагностики.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

А.В. Анацко, В.Н. Крыжевникова – студенты 2310 гр. педиатрического факультета
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и медицины катастроф

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель – п/п-к м/с Д.В. Шамрук

Актуальность. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это синдром, возникающий в результате воздействия реальной или угрожающей смерти, серьезной травмы. После травматического события ПТСР является распространенным явлением и является одной из серьезных проблем со здоровьем, которая связана с сопутствующей патологией, функциональными нарушениями и повышенной смертностью при суицидальных мыслях и попытках. Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (ДСМ-5) включило ПТСР в новую категорию расстройств, связанных с травмой и стрессом. Его распространенность среди солдат, возвращающихся из Афганистане и Ближнего Востока, оценивается в 10-20 %.

Цель исследования. Изучении факторов, которые могут повлиять на развитие ПТСР у военнослужащих, а также выявлении способов предотвращения и лечения данного расстройства.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования были использованы данные, собранные из различных источников, включая научные статьи, интервью с военными и психологами, а также опросы среди военнослужащих, которые проходили боевые действия.

Результаты исследования. Основные причины развития ПТСР у военнослужащих связаны с опасными и травматическими ситуациями, которые они испытывают во время боевых действий. Также на развитие ПТСР могут влиять факторы, такие как отсутствие поддержки со стороны семьи и близких, недостаточная помощь со стороны военных врачей и психологов, а также длительное время нахождения на передовой линии. В результате исследования было установлено, что ПТСР может привести к серьезным последствиям для здоровья военнослужащих, включая депрессию, тревожность, алкогольную и наркотическую зависимость, суицидальные мысли и поведение.

Симптомы ПТСР включают постоянное повторное переживание травмирующего события, навязчивые мысли, ночные кошмары, флешбэки, отрешенность от себя или реальности, а также интенсивную негативную эмоциональную (печаль, чувство вины) и физиологическую реакцию на воздействие травмирующего напоминания. Кроме того, также возникают проблемы со сном и концентрацией внимания, раздражительность, повышенная реактивность, повышенная реакция на испуг, повышенная бдительность, избегание травмирующих триггеров. Наблюдаются значительные нарушения в социальной, профессиональной и других сферах функционирования.

Исследования с использованием магнитно-резонансной томографии показали, что у пациентов с ПТСР наблюдается уменьшение объема гиппокампа, левой миндалины и передней поясной извилины коры головного мозга по сравнению с аналогичной контрольной группой. Также были продемонстрированы повышенные уровни центрального норадреналина с

пониженной регуляцией центральных адренорецепторов, хроническое снижение уровня глюкокортикоидов с повышенной регуляцией их рецепторов и латеритизацию полушарий, при которой наблюдается относительная недостаточность левого полушария.

Психотерапия, ориентированная на травму, считается лечением первой линии, которая включает когнитивно-поведенческую терапию. Исследования показали, что дневные симптомы ПТСР улучшаются даже после одного сеанса. Однако это не меняет долгосрочного результата. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина являются препаратами первой линии выбора для лечения ПТСР.

Выводы. В свете текущих событий в следующем десятилетии ожидается резкий рост числа пациентов с диагнозом ПТСР. ПТСР является серьезной проблемой общественного здравоохранения, которая вынуждает искать новые решения и теоретические модели для углубления понимания этого состояния и разработки новых и усовершенствованных методов лечебного вмешательства.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ

Л.А. Хусаинова - студентка 5 курса группы Л-503 В лечебного факультета

Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа,

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры С.Б. Медведева

Актуальность: биполярная депрессия имеет высокую сопутствующую патологию и увеличивает риск развития метаболического синдрома. Возрастные аспекты, нетипичная структура депрессивного синдрома (включая гиперсомнию, сонный паралич, повышенный аппетит, нарушение межличностного взаимодействия) и частота депрессивных эпизодов, значительная доля гипомании, в том числе на фоне терапии антидепрессантами, развитие смешанных аффективных состояний, связанных с тревогой. Все вышесказанное обуславливает высокую актуальность изучения данной проблемы.

Цель работы: изучение взаимосвязи между возможным биполярным аффективным расстройством и всем спектром эмоциональной патологии у студентов с различными вариантами расстройств пищевого поведения.

Материалы и методы исследования: 88 студентов 4-го курса БГМУ, из них 32 юноши и 56 девушек, были опрошены с помощью анкетирования. Возраст испытуемых составил $22,2 \pm 0,55$ года.

Методы исследования включали психометрические опросники. Основными опросниками были: Диагностический опросник гипомании (HCL-32) (диагностическая значимость более 14 баллов), голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) (позволяющий количественно

оценить ограничительные (N = 2,4), эмоциональное (N = 1,8) и экстернальное (N = 2,7) пищевое поведение). Допустимость использования этого типа использования опросника при аффективной патологии было подтверждено международным исследованием. Кроме того, уровень депрессии оценивался с помощью модуля депрессии опросника оценки состояния здоровья пациента (PHQ-9). Результаты были сведены в электронную таблицу Excel и обработаны в программе SPSS 23.

Результаты исследования: Из 88 (100%) студентов 51 (58%) были подвержены риску развития биполярного аффективного расстройства, у которых были признаки расстройств пищевого поведения.

Таким образом, в первой группе (с выявленным риском БАР) у 11 студентов (21,6%) не было расстройств пищевого поведения с риском развития биполярного аффективного расстройства, в то время как во второй группе (без риска БАР) у 19 студентов (51%) не было расстройств пищевого поведения. В первой группе у 21 студента (41%) и во второй группе 11 студентов (29,7%) преобладает экстернальное пищевое поведение. Ограничительное поведение наблюдается в первой группе у 7 студентов (13,7%) и у 4 студентов (10,8%) во второй группе. Эмоциональное поведение было замечено у 12 студентов в первой группе (23,5%) и у 4 студентов (10,8%) во второй группе.

Даже при отсутствии биполярности депрессия резко увеличивает риск развития расстройства пищевого поведения, в основном внешнего или комбинированного типа. Расстройства пищевого поведения характерны для большинства студентов, особенно для тех, кто подвержен риску развития биполярного аффективного расстройства, а также депрессивного расстройства.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ПОСЛЕДСТВИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

А.А. Маквецяи, Л.Д. Поленок, И.С. Санников

Кафедра судебной медицины

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель - ассистент кафедры К.О. Кузнецов

Актуальность: Психологические последствия в результате госпитализации в отделение интенсивной терапии очень распространены и могут иметь значительное влияние на качество жизни.

Цель работы: обзор зарубежной литературы по теме исследования.

Материалы и методы. Авторами был произведен электронный поиск публикаций в базах данных PubMed/Medline, Scopus и Google Scholar. Поиск осуществлялся по следующим ключевым словам: «ICU», «PITS», «anxiety», «depression». Авторы независимо друг от друга осуществляли отбор релевантных исследований. В обзор включались исследования,

опубликованные на английском языке, преимущественно за последние 5 лет.

Результаты и обсуждение. Наиболее распространенными психологическими расстройствами являются депрессия, тревога, приступы паники, посттравматическое стрессовое расстройство, чувство вины, снижение либидо, социальная изоляция, раздражительность и недоверие. Они обычно сопровождаются усталостью, потерей интереса, потерей аппетита, чувством отчаяния, нарушением сна и сексуальной дисфункцией. Пациентам может быть сложно выполнять даже простые повседневные задачи [1]. Болезнь, ее осложнения, длительный постельный режим, побочные эффекты лекарств, выполняемые медицинские процедуры, а также ограниченные физические функции и автономия приводят к снижению физических способностей, что также влияет на настроение и психическое здоровье. Нарушения психического состояния пациентов могут быть обусловлены реакцией на стресс, повреждение головного мозга, вызванное заболеванием или лечением [2].

Пациенты, поступившие в ОРИТ с COVID-19, испытывают дополнительный стресс в результате изоляции и дистанцирования от родственников, друзей и медицинских работников из-за строгих профилактических мер и широкого использования средств индивидуальной защиты [3].

Распознавание симптомов депрессии имеет первостепенное значение, поскольку их присутствие связано с длительным воздержанием от какой-либо деятельности, снижением, снижением качества жизни и риском самоубийства [4]. Потенциальные патогенетические механизмы депрессии и тревоги у выживших в ОРИТ включают органную дисфункцию, применение лекарственных препаратов, боль, недостаток сна, повышение уровня цитокинов, связанную со стрессом активацию гипоталамо-гипофизарной системы, гипоксемию и нейротрансмиттерную дисфункцию, вызванную повреждением головного мозга [4]. Депрессия возникает у 25–60% пациентов, выписанных из ОРИТ. Описана связь между депрессивными симптомами после пребывания в ОРИТ, отмеченными при выписке из больницы и женским полом [5]. Также было документально подтверждено, что депрессивное настроение за месяц до поступления в ОРИТ может прогнозировать депрессивные симптомы и снижение физических функций в течение 2 и 6 месяцев после госпитализации [5]. Есть несколько исследований, в которых изучалась связь между лечением в отделении интенсивной терапии и депрессией. Продолжительность пребывания в ОРИТ и тяжесть заболевания при госпитализации, измеренные по шкале APACHE II, не были значимыми предикторами депрессивных симптомов [6]. В исследованиях также изучалась прогностическая способность воспоминаний о пребывании в ОРИТ при депрессивных симптомах [6]. Одно исследование показало, что плохие воспоминания о периоде пребывания в отделении интенсивной терапии при выписке из больницы могут предсказывать депрессивные симптомы через 6 месяцев [6].

Тревога является наименее изученным симптомом у пациентов отделения реанимации

и интенсивной терапии. Тревога связана с другими психическими симптомами, воспоминаниями и бредом[6]. В данной группе пациентов зарегистрированная частота тревоги варьирует от 16 до 62%, однако важно отметить, что оценка симптомов проводилась в разные периоды времени после выписки, а также использовались разные инструменты [7]. Различий в частоте возникновения тревоги между терапевтическими, хирургическими пациентами выявлено не было[8]. Симптомы тревоги сохраняются от 3 до 14 месяцев после выписки из отделения реанимации и интенсивной терапии [8]. Корреляции между тревожностью, возрастом, полом, тяжестью заболевания или продолжительностью пребывания в отделении интенсивной терапии не выявлено.

Систематический обзор показал, что ПТСР присутствует до восьми лет у 24% исследованных пациентов. Корреляции между тяжестью заболевания и посттравматическим стрессовым расстройством обнаружено не было [9]. Исследование в Великобритании, включающее 26 отделений интенсивной терапии, показало, что ПТСР следует за тревогой и редко возникает само по себе [10]. Факторы риска включали воспоминания о времени пребывания в отделении интенсивной терапии, продолжительность седации, дозировку применяемых опиоидов, ночные кошмары и ощущение одышки [9]. Также сообщалось, что делирий в отделении интенсивной терапии и доза бензодиазепинов связаны с частотой возникновения ПТСР. Другими факторами риска являются ранее существовавшая депрессия и тревожное расстройство, низкий уровень образования, злоупотребление алкоголем и женский пол [9]. Тревога до посттравматического стрессового расстройства была описана как фактор риска в общей популяции [11].

Заключение и выводы. Пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии, даже в случае положительного исхода, часто имеет серьезные последствия для пациентов и их семей. СПИТ включает физические, когнитивные и психические проблемы со здоровьем, затрагивающие более половины пациентов, прошедших лечение в отделении интенсивной терапии. Многочисленные исследования, в том числе мета-анализы, сообщают о снижении качества жизни, связанного со здоровьем при СПИТ в течение нескольких месяцев и лет после выписки из больницы.

Список литературы.

1. Broomhead L.R., Brett S.J. Clinical Review: Intensive Care Follow-up-What Has It Told Us. *Crit. Care.* 2002;6:411–417.
2. Skodol A.E. Anxiety in the Medically Ill: Nosology and Principles of Differential Diagnosis. *Semin. Clin. Neuropsychiatry.* 1999;4:64–71.
3. Martillo M.A., Dangayach N.S., Tabacof L., Spielman L.A., Dams-O'Connor K., Chan C.C., Kohli-Seth R., Cortes M., Escalon M.X. Postintensive Care Syndrome in Survivors of Critical Illness Related to Coronavirus Disease 2019: Cohort Study from a New York City Critical Care

Recovery Clinic. *Crit. Care Med.* 2021;49:1427–145.

4. Zatzick D., Jurkovich G.J., Rivara F.P., Wang J., Fan M.Y., Joesch J., MacKenzie E. A National US Study of Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Work and Functional Outcomes after Hospitalization for Traumatic Injury. *Ann. Surg.* 2008;248:429–437.

5. Weinert C., Meller W. Epidemiology of Depression and Antidepressant Therapy after Acute Respiratory Failure. *Psychosomatics.* 2006;47:399–407.

6. Rattray J.E., Johnston M., Wildsmith J.A.W. Predictors of Emotional Outcomes of Intensive Care. *Anaesthesia.* 2005;60:1085–1092.

7. Davydow D.S., Desai S.V., Needham D.M., Bienvenu O.J. Psychiatric Morbidity in Survivors of the Acute Respiratory Distress Syndrome: A Systematic Review. *Psychosom. Med.* 2008;70:512–519.

8. Nikayin S., Rabiee A., Hashem M.D., Huang M., Bienvenu O.J., Turnbull A.E., Needham D.M. Anxiety Symptoms in Survivors of Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2016;43:23–29.

9. Davydow D.S., Gifford J.M., Desai S.V., Needham D.M., Bienvenu O.J. Posttraumatic Stress Disorder in General Intensive Care Unit Survivors: A Systematic Review. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2008;30:421–434.

10. Hatch R., Young D., Barber V., Griffiths J., Harrison D.A., Watkinson P. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after Critical Illness: A UK-Wide Prospective Cohort Study. *Crit. Care.* 2018;22:310.

11. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991;48:1044–1048.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ СИНДРОМА MELAS. ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ

Д.А. Кутова – студентка Л-405Б гр. лечебного факультета

Кафедра неврологии с курсом ИДПО

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

ФГБНУ МГНЦ им. Н.П. Бочкова, Москва, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. Е.В. Сайфуллина, к.м.н. Т. Д. Крылова, д.м.н.,

проф. Е.Ю. Захарова

Актуальность. Митохондриальная энцефаломиопатия с лактатацидозом и инсультоподобными эпизодами (синдром MELAS) – это генетически детерминированное заболевание с разнообразной клинической картиной, которое требует настороженности врачей разных специальностей для своевременной диагностики и лечения данного синдрома [1, 2].

В статье представлены и обсуждены два клинических случая пациентов с синдромом

MELAS, ассоциированным с генами *MT-TL1* и *MT-ND5*, которые наглядно демонстрируют различия в клинической картине и степени тяжести заболевания, обусловленные не только мутациями в двух разных генах, но и различной степенью гетероплазмии по мутантным копиям ДНК [3]. Несмотря на клинический полиморфизм митохондриальных болезней, наличие мультисистемного фенотипа с преимущественным вовлечением нервной системы и характерной нейрорадиологической картины позволяет предположить правильный диагноз, организовать подтверждающую лабораторную диагностику и начать своевременное лечение.

Цель работы. Совершенствование диагностики митохондриального заболевания путем сравнительного анализа клинико-анамнестических характеристик заболевания у пациентов с синдромом MELAS, обусловленным мутациями в генах *MT-TL1* и *MT-ND5*.

Материалы и методы. Нами изучено два клинических случая пациентов с синдромом MELAS, наблюдавшихся в медико-генетической консультации Республиканского медико-генетического центра (г. Уфа). Молекулярно-генетическая диагностика проведена методом MLPA на ДНК, выделенной из лейкоцитов периферической крови и мочевого осадка, с последующим подтверждением прямым автоматическим секвенированием (Лаборатория селективного скрининга ФГБНУ МГНЦ им. Н.П. Бочкова, г. Москва).

Результаты и обсуждение. *1 клинический случай.* Пациент Ш., 2007 г.р., впервые заболел в возрасте 9 лет с остро развившейся головной боли с тошнотой и рвотой, внезапной потери зрения. С учетом результата нейровизуализационного исследования в виде инфильтративных изменений обеих затылочных долей заболевание было расценено как инфекционно-аллергический энцефалит, несмотря на отсутствие изменений в цереброспинальной жидкости. На фоне лечения симптоматика регрессировала полностью. Повторные эпизоды пульсирующей головной боли, локализованной в левой лобно-теменной области, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, снижением зрения и цветоощущения слева, возникали многократно на протяжении последующих двух лет, присоединились фокальные эпилептические приступы, двигательные нарушения в виде атаксии. Когнитивные функции у мальчика постепенно снижались. По результатам повторных КТ-исследований головного мозга обнаружены атрофические изменения вещества головного мозга. Впервые пациент был осмотрен генетиком в 2019 году, обращено внимание на сочетание низкорослости, перенесенного «энцефалита» с рецидивирующими головными болями по типу мигренозных и эпилепсией, прогрессирующего снижения когнитивных функций и предположено митохондриальное заболевание. Результат МРТ головного мозга, выполненного во время одного из эпизодов ухудшения состояния (головная боль, правосторонний гемипарез, бульбарный синдром, статусное течение фокальных моторных припадков), показал характерные для митохондриальной патологии изменения в виде повышения сигнала в корковых областях обеих теменных долей в режиме FLAIR и DWI, отсутствие накопления

контрастного вещества в паренхиме мозга. Диагноз заболевания подтвержден молекулярно-генетическим методом: выявлена мутация m.3243A>G в гене *MT-TL1* на ДНК, выделенной из лейкоцитов крови в состоянии 73% гетероплазмии, а из клеток мочевого остатка – в гомоплазмическом состоянии. Несмотря на проводимое симптоматическое лечение состояние пациента продолжало ухудшаться: повторяются инсультоподобные эпизоды, усилился бульбарный синдром, эпилепсия стала резистентной, сформировались выраженный спастический тетрапарез и грубое нарушение когнитивных функций, пациент погиб в возрасте 14 лет.

2 клинический случай. Пациентка А., 2003 г.р., в возрасте 19 лет заболела подросто в виде появления приступов головной боли, снижения памяти, снижения остроты зрения. Из анамнеза было известно, что в возрасте 10 лет пациентка перенесла «церебеллит» с полным регрессом неврологической симптоматики, однако, в дальнейшем наблюдалась по месту жительства с дефицитом массы тела и задержкой роста. С учетом клинико-анамнестических данных был предположен диагноз неуточненного демиелинизирующего заболевания, а по результату нейровизуализационного исследования, показавшего повышение сигнала в режиме DWI белого вещества затылочных, теменных и височных долей, в дифференциальный диагноз был включен и синдром MELAS, в пользу которого также свидетельствовало повышение уровня лактата в цереброспинальной жидкости. Диагноз синдрома MELAS был подтвержден молекулярно-генетическим методом: выявлена частая мутация m.13513G>A в гене *MT-ND5* в состоянии 35% гетероплазмии по мутантным копиям на ДНК, выделенной из клеток крови и в состоянии 67% гетероплазмии – из клеток мочевого осадка. На фоне проводимой симптоматической терапии состояние пациентки улучшилось: головная боль стала возникать реже, улучшились зрение и память.

У обоих пациентов наблюдались основные проявления синдрома MELAS в виде мигренозной головной боли и инсультоподобных эпизодов с вовлечением задних отделов полушарий головного мозга, с характерной нейрорадиологической картиной [1]. Снижение когнитивных функций имело прогрессирующий характер у первого пациента, второй пациентке требуется повторное исследование когнитивных функций для оценки их динамики. Низкорослость наблюдалась также у обоих пациентов. Перенесенный второй пациенткой в 10-летнем возрасте «церебеллит» мог оказаться первым инсультоподобным эпизодом, в таком случае, возраст дебюта болезни у обоих пациентов практически совпадает. Однако, у первого пациента после дебюта заболевание отличалось частыми головными болями и повторными инсультоподобными эпизодами, что привело к неуклонному нарастанию неврологической симптоматики и, в итоге, гибели пациента.

Объяснением клинического полиморфизма для всех патогенных митохондриальных вариантов являются как степень гетероплазмии и особенности распределения мутантной ДНК

в разных тканях, так и чувствительность данных тканей к нарушению чувствительного метаболизма. Спектр клинических проявлений у пациентов с мутацией m.3243A>G в митохондриальном гене *MT-TL1* включает как асимптомное носительство, так изолированную глухоту, прогрессирующую наружную офтальмоплегию, сахарный диабет и тяжелые фенотипы: синдромы MELAS и MERRF. В первом клиническом случае именно большой процент мутантной ДНК в тканях (а в клетках мочевого остатка – были только мутантные ДНК), а также ее распределение в тканях объясняет тяжелое течение болезни. Спектр фенотипических проявлений у пациентов с мутацией m.13513G>A в гене *MT-ND5* включает помимо синдрома MELAS митохондриальную энцефалопатию – синдром Лея и изолированную нейропатию зрительного нерва – синдром Лебера. Интересно, что в обеих семьях подобного заболевания не было, но мама первого пациента жаловалась на головные боли, в ее клетках крови мутантной ДНК не было выявлено, а в клетках мочевого осадка – мутантная ДНК была обнаружена в состоянии 65% гетероплазмы. У второй пациентки брат-близнец болеет сахарным диабетом 1 типа, однако, у него и у их матери не было обнаружено мутантной ДНК ни в клетках крови, ни в клетках мочевого осадка, что позволило сделать вывод о спорадическом характере мутации.

Выводы. Синдром MELAS – мультисистемное заболевание с преимущественным поражением нервной системы [1]. Приведенное наблюдение демонстрирует клинический полиморфизм заболевания, обусловленный, в первую очередь степенью гетероплазмы и распределением мутантной ДНК в тканях организма. Данный полиморфизм может вызвать затруднение своевременной диагностики синдрома, поэтому требуется настороженность врачей-специалистов, особенно врачей-неврологов.

Список литературы.

1. Ульянова, О. В. Синдром MELAS: особенности диагностики, течения заболевания и лечения (клинический случай) / О. В. Ульянова, В. А. Куташов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 17, № 1. – С. 155-159;
2. Умярова Д.Ш. MELAS-синдром как необычная причина гипопаратиреоза: клиническое наблюдение / Умярова Д.Ш., Гребенникова Т.А., Зенкова Т.С. [и др.] // Остеопороз и остеопатии. 2018. – Т. 21. - No3. – С. 30-35. doi: <https://doi.org/10.14341/osteo10094>;
3. Prasad M. MELAS: A multigenerational impact of the MTTL1 A3243G MELAS mutation / M. Prasad, B. Narayan, A. N. Prasad [et al.] // Canadian Journal of Neurological Sciences. – 2014. – Vol. 41, No. 2. – P. 210-219. – DOI 10.1017/S0317167100016607.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФЕНОМЕНА МНОЖЕСТВЕННЫХ (ЭПИЧЕСКИХ) СНОВИДЕНИЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

М.А. Румянцев, студент 01-85 группы, лечебное дело, персонализированная медицина,
А.А. Ежова, студент 02-01 группы, педиатрия
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия
Научный руководитель – к.м.н., П.В. Пчелина

Актуальность. В клинической практике встречаются пациенты, предъявляющие жалобы на многочисленные, либо продолжительные сновидения, которые влияют на дневное самочувствие, вызывая повышение тревожности, плохое настроение, усталость. Эти жалобы не соответствуют критериям диагноза ночных кошмаров, так как описываемые сновидения зачастую лишены негативной эмоциональной окраски и не вызывают пробуждений. На сегодняшний день неизвестны распространенность феномена множественных сновидений, их ассоциированные симптомы и факторы риска.

Цель исследования. Оценка распространенности феномена множественными (или эпическими) сновидениями; анализ демографических, сомнологических, психологических особенностей людей с такими жалобами.

Материалы и методы исследования. В рамках кросс-секционного, одноцентрового, неинтервенционного исследования были проанализированы данные онлайн опроса всех, кто откликнулся на приглашение в социальных сетях, студенческих сообществах и в сообществах кафедральных сотрудников университетов. Исходя из анализа литературы по феномену множественных сновидений, были сформулированы его критерии: ощущение непрекращающейся продолжительности сновидений за ночь и/или ≥ 2 сновидений за ночь; влияние сновидений на дневное самочувствие. Опросник содержал вопросы о длительности жалоб, содержании и характеристиках сновидений, наличие осознанности в сновидении, оценка качества сна по стандартизированному укороченному опроснику сна (Mini sleep questionnaire - MSQ). Пациенты заполняли шкалу депрессии Бека, шкалу тревоги Спилбергера. Распространенность феномена рассчитана, как отношение участников с множественными сновидениями к общей выборке. Было проведено сравнение характеристик участников с феноменом множественных сновидений и остальных респондентов. Непрерывные переменные сравнивались помощью т-критерия Стьюдента, категориальные – с помощью Хи-квадрата и точного критерия Фишера (при количестве наблюдений в ячейке менее 5).

Результаты исследования. На промежуточном этапе исследования в анализ были включены данные 182 участников. Медиана возраста составила 23 года, интерквартильный размах – 21-30. 81,32% (148 из 182) составили лица женского пола. Распространенность феномена множественных сновидений составила 19,23%. Участники с феноменом

множественных сновидений и без него не отличались по выраженности эмоций, двигательной и сексуальной активности в сновидении. Основные дневные симптомы составили тревога – 83%, плохое настроение – 80%, ощущения, испытанные в сновидении, сохраняются во время бодрствования – 77%, усталость – 77%. Среднее количество ночей с множественными сновидениями в неделю составило 2,57. Средний балл по шкале депрессии Бека среди участников с феноменом множественных сновидений составил 15,7 (стандартное отклонение 10,5), среди остальных респондентов – 12,0 (8,8), различия между группами не были значимыми ($p=0,05$). Ситуативная и личностная тревожность в группе с феноменом и без составили 49,8 (10,6) против 47,4 (8,9), $p=0,21$ и 49,9 (10,7) против 46,0 (11,4), $p=0,09$ соответственно. Средний балл MSQ значительно отличался между участниками с изучаемым феноменом и остальными: 29,1 (15,0) против 19,0 (14,0), $p=0,001$. Эти различия были связаны с тем, что в группе с изучаемым феноменом были более высокие баллы по субшкалам, оценивающим частоту ощущения усталости по утрам, точный критерий Фишера, $F=0,005$, трудностей засыпания, $F=0,04$, двигательную активность во сне, $F=0,001$.

Выводы. Каждый пятый молодой человек в возрасте 20-30 лет испытывает множественные сновидения. Основными дневными жалобами были тревога, плохое настроение, усталость. Этот феномен требует дальнейшего изучения распространенности и влияния на здоровье и самочувствие людей разных возрастных категорий.

ШИЗОФРЕНИЯ ПЕРИОДА АДОЛЕСЦЕНЦИИ

Т.Т. Номовир, Ш.М. Муртузалиев., Е.Е. Семеняко, А.Р. Нурмеева, К.В.Моисеев
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.О. Степанова

Актуальность: Шизофрения представляет собой расстройство психики, характеризующееся утратой единства психических процессов, связи между мышлением, контактом с окружающей действительностью и эмоциональным откликом на происходящие события. Выделяют редкие формы шизофрении: с ранним дебютом (первый психотический эпизод развивается до 18 лет) и очень ранним дебютом (симптомы, возникают до 13 лет). У пациентов с данными формами шизофрении чаще всего встречаются психические заболевания в семейном анамнезе, что играет значительную роль в появлении ранней симптоматики шизофрении. Важное значение имеет исследование начального этапа заболевания, так как многие нарушения когнитивных функций регистрируются уже в этот период.

Цель исследования. Собрать эпидемиологические данные обо всех случаях шизофрении с ранним и очень ранним дебютом в Клиническом центре Сеченовского

университета за 2010-2020 год, оценить заболеваемость и выявить этиологические факторы, связанные с возрастом начала шизофрении с ранним дебютом.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование, в которое включены пациенты, поступившие в период с января 2010 года по декабрь 2020 года с диагнозом по МКБ-10 Шизофрения в Клинический центр Первого Московского Государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова. Были изучены истории болезни стационарных и амбулаторных пациентов.

Результаты и их обсуждение. За анализируемый период у 50 пациентов была диагностирована шизофрения с ранним дебютом, из которых 21 женщина и 29 мужчин, а у 3 – шизофрения с очень ранним дебютом - 1 женщина и 2 мужчин. 85% пациентов испытывали продромальные симптомы, такие как эмоциональное уплощение, странности в поведении и облике, абulia, а также обеднение мышления.

В историях болезни пациентов было обнаружено несколько этиологических факторов, которые потенциально могли повлиять на возраст начала заболевания: психологическое насилие (у 40% пациентов), акушерские осложнения (30%), родственник первой степени родства с расстройством психотического спектра (25%), развод родителей (23%), злоупотребление наркотиками (24,5%), смерть близкого родственника (21%), преждевременные роды (19%), а также родоразрешение путём кесарева сечения (17%). Практически у каждого пациента было сочетание двух или трех этиологических факторов.

Наличие родственника первой степени родства с расстройством психотического спектра показало статистически значимую связь с возрастом начала заболевания: 14,50 ($\pm 1,71$) против 14,95 ($\pm 1,76$) ($p=0,021$), а также акушерскими осложнениями: 14.33 (± 1.43) против 15.12 (± 1.61) ($p=0,013$).

Заключение. Проведенное исследование показало, что наиболее частыми наблюдаемыми этиологическими факторами шизофрении с ранним дебютом были психологическое насилие, акушерские осложнения и родственник первой степени родства с расстройством психического спектра. А наличие родственника с расстройством психики и акушерскими осложнениями были связаны с возрастом раннего дебюта шизофрении.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ИММУНОУПРАВЛЯЕМЫЕ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

С.Д. Исаева – студентка 404 группы педиатрического факультета,

Г.М. Ашиков – студент 626 группы лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - доцент, к.м.н., заведующая кафедрой Е.А. Арбулиева

Актуальность. На протяжении более чем 200-летней истории вакцинопрофилактика доказала свою исключительную эффективность в сохранении жизни людей, сокращении заболеваемости и смертности населения. В Республике Дагестан с 2017 года сохраняются неблагоприятная ситуация по вакциноуправляемым инфекциям. Такие инфекции как корь, эпидемический паротит и коклюш продолжают оставаться актуальными.

Цель исследования: провести анализ противоэпидемических мероприятий и вакцинопрофилактики с 2017 по 2022 гг. в Республике Дагестан.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование данных историй болезни пациентов, госпитализированных в Республиканский центр инфекционных болезней и СПИД г. Махачкалы с 2017 по 2022 гг., данных отчетной формы №2 «Сведения об инфекционной и паразитарной заболеваемости» формы №5 «Сведения о профилактических прививках».

Результаты исследования. Регистрация случаев кори началась в 2017 году и достигла пика в 2019 году, с охватом 32 территорий. Интенсивный показатель составил 27,02. Из числа заболевших были привитыми всего лишь 14,5%. По причине отказов 68,7%, не подошел срок вакцинации 14,1%, прививочный анамнез не известен 13,7%, медицинский отвод 3,3%. Было образовано 849 очагов, домашних 788, в организованных коллективах 61 очагов. Общее количество контактных в очагах кори составило 37452 человек, из них детей 31680, взрослых 5772. Было привито по эпидемическим показаниям 1696 контактных (детей 224, взрослых 1472). В 2020 году резко уменьшилась заболеваемость корью. В 2022 году не было зарегистрировано ни одного случая кори. Ситуация вновь изменилась в 2023 году, с 1 января по 17 апреля в республике было зарегистрировано 374 случая кори (ИП – 12,0). В эпидемический процесс вовлечено 24 административных территории. Наибольшее количество зарегистрировано в г. Махачкале.

Ситуация по эпидемическому паротиту также была крайне неблагоприятной. Так, в 2017 году было зарегистрировано 2632 случая эпидемического паротита и интенсивный показатель составил 87,28. Анализ привитости заболевших эпидемическим паротитом выявил, что доля лиц, не привитых или не имеющих сведений об иммунизации, составила 56,6% от

общего числа заболевших. Из них были привиты по причине отказов 32,3%, медицинских отводов 3,6%. В 2017 году в рамках национального календаря и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям было привито против эпидемического паротита 139454 человека. В результате заболеваемость снизилась в 2018 году на 44% в сравнении с 2017 годом. Всего в республике в рамках национального календаря и по эпидемическим показаниям в 2018 году было привито эпидемического паротита 150013 человек, в том числе вакцинировано 58608 и ревакцинировано 91405 человек.

Также в 2017 году отмечался резкий рост заболеваемости коклюшем. Заболеваемость увеличилась в 7,7 раз (ИП – 7,99). Больше всего заболевших в возрасте до 2-х лет – 62,4%. Были вакцинированы всего 6 детей и 1 взрослый, не были вакцинированы 190 детей, из них 97,8% по причине отказов.

Заключение. Проведенный анализ ситуации по иммунопрофилактике указывает на то, что в медицинских организациях имеются определенные упущения в организации ежемесячного контроля за выполнением нормативных показателей по иммунопрофилактике управляемых инфекций. Ситуация осложняется и тем, что в республике из года в год увеличивается количество лиц, отказывающихся от проведения профилактических прививок, и в большинстве случаев, по религиозным соображениям.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН В ПЕРИОД С 2017 ПО 2022 ГОДЫ

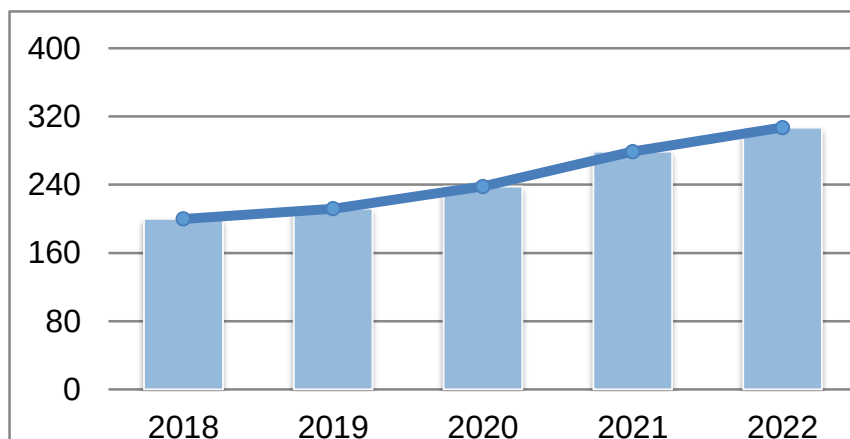
А.Д. Ольмесова, З.З. Ибрагимова - студенты 501 группы лечебного факультета
Кафедра инфекционных болезней имени Г.П.Руднева

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н. А.С. Абусева

Актуальность проблемы. Одной из самых актуальных проблем здравоохранения является ВИЧ-инфекция. ВИЧ-инфекция стремительно распространяется по земному шару, приобретая масштаб пандемии. 20 мая 1983 года в американском журнале «Science» появилась публикация об открытии новейшей угрозы для человечества – вирусе иммунодефицита человека, вызывающего болезнь-ВИЧ-инфекцию. На сегодняшний день проблема ВИЧ/СПИДа представляет собой сложный социально-экономический, общественно-культурный, медицинский феномен, требующий многомерной ответной реакции. Его заразность, стремительное распространение и неизлечимость позволили присвоить ему славу «чумы XX-века».

Цель исследования. Изучение распространенности ВИЧ-инфекции на территории республики Дагестан с оценкой основных факторов риска распространения данной инфекции.



Материалы и методы исследования. Для изучения зонально-региональной специфики распространения ВИЧ-инфекции и для проведения количественной и качественной оценки ее структуры на территории РД был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ данных заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения РД по данным Республиканского центра инфекционных болезней РД и отделения СПИД.

Результаты исследования. В республике Дагестан за весь период регистрации с 1989 года по 2022 год выявлено 4600 случаев ВИЧ-инфицированных больных, среди которых 1235 человек умерло, в т.ч. от СПИДА – 28,6 %, от других заболеваний (ДТП, сопутствующие болезни, передозировка и др.) – 71,4 %. Среди ВИЧ-инфицированных больных в РД преобладают лица мужского пола – 68,2%, а женщины составляют 44%. В период с 2017 года по 2022 год наблюдается тенденция к росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 37,2 %. (Рис.1)

Рисунок 1. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в р. Дагестан с 2018 по 2022 год.

За весь период исследования (с 1989 году по 2022 год) в Республике Дагестан от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 365 детей. С установленным диагнозом ВИЧ-инфекция на учете находится 34 ребенка, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, еще 129 детей находятся под диспансерным наблюдением до установления ВИЧ-статуса.

Заключение: Из выше перечисленного следует, что на территории РД наблюдается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Полученные данные свидетельствуют о увеличении числа новых случаев заражения ежегодно. Основой всех мер, предпринимаемых в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД, является профилактика. Основными задачами профилактических мероприятий являются: раннее выявление ВИЧ-инфицированных больных, борьба с употреблением наркотиков, обучение населения, начиная с подросткового возраста безопасному ведению половой жизни, усиление мер обследования трансплантируемых органов, препаратов переливания крови, проведение постоянной просветительской работы с населением, особенно среди наиболее уязвимого контингента населения, а также пропаганда здорового образа жизни, соблюдение элементарных правил личной гигиены.

КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

А.М. Ахмедова, Р.Р. Саидова – студентки 521 группы лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней имени Г.П. Руднева

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – А.М. Джанмурзаева

Актуальность. В мире ежегодно подтверждается более 500 тыс. случаев впервые выявленной бруцеллезной инфекции среди людей. До 70–80 % заболеваемости бруцеллезом регистрируется на территориях интенсивного разведения скота в регионах Ближнего Востока, Средиземноморья, Африки, Юго-Восточной Азии, Южной и Центральной Америки. В настоящее время бруцеллезная инфекция сохраняет свою актуальность как одна из важнейших проблем здравоохранения и в отдельных субъектах Российской Федерации, в том числе и республике Дагестан.

Цель исследования: оценить клинико-лабораторные и функциональные изменения различных органов и систем при бруцеллезной инфекции

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 120 больных бруцеллезом (средний возраст $35,9 \pm 0,7$ года), проходивших лечение в бруцеллезном отделении Республиканского центра инфекционных болезней (г. Махачкала), из них 83 мужчин (средний возраст – $35,7 \pm 0,9$ лет) и 37 женщин (средний возраст – $36,3 \pm 1,2$ лет). Контрольную группу для сравнительного анализа составили 30 здоровых лиц доноров (25 мужчин и 5 женщин, средний возраст $28,9 \pm 1,4$ года), у которых было получено письменное добровольное информированное согласие на проведение исследований. Основные методы исследования помимо клинико-эпидемиологических: серологические реакции Хеддльсона (Х), Райта (Р), РПГА с бруцеллезным эритроцитарным диагностикумом, внутрикожная аллергическая проба по Бюрне (Б).

Результаты и исследования. Острый бруцеллез (ОБ) был диагностирован у 58 (средний возраст $33,8 \pm 1,2$) и хронический (ХБ) – у 62 больных (средний возраст – $37,9 \pm 0,7$). Изучение возрастного состава показало, что большинство больных – люди наиболее трудоспособного возраста – их средний возраст составил $35,9 \pm 0,7$ лет. В половой структуре наблюдаемых больных бруцеллезом преобладали мужчины.

Профессиональный состав наблюдаемых больных характеризуется постоянной или временной занятостью в 80,1% в животноводстве или на предприятиях, перерабатывающих животноводческое сырье, 85,5% больных имели в личном хозяйстве крупный и мелкий рогатый скот, 87,8% проживали в сельской местности, 12,2% – жители городов. Основной путь заражения бруцеллезом у наблюдаемых больных – контактный (49,5%), в 45 % случаев был смешанный (алиментарный + контактный), в 5,5 % – алиментарный путь. Диагноз был выставлен на основании

клинико-эпидемиологических данных и подтвержден результатами лабораторного исследования – положительные серологические реакции, РПГА с бруцеллезным эритроцитарным диагностикумом, внутрикожной аллергической пробы. Проведенные исследования выявили у больных ОБ: положительную реакцию Р у 53 (90%) больных, Х - у 54 (92,7%), положительную внутрикожную аллергическую пробу Б – у 29 (44,5%), РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом – у 57 (99,1%). У больных ХБ выявлены: положительная реакция Р у 36 (58%), Х - у 42 (67,8%), положительная внутрикожная аллергическая проба Б – у 55 (89,3%), РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом – у 50 (81,3%). Серологические реакции давали положительный результат с большей частотой у больных ОБ, в то время как у больных ХБ с большей частотой была положительной внутрикожная аллергологическая проба с бруцеллином. Заболевание начиналось остро у 20,8% больных ОБ. У остальных больных отмечалось постепенное развитие болезни с наличием продромального периода длительностью 1-2 недели, нарастанием общетоксических симптомов и более различного характера.

Исследования последних лет свидетельствуют об изменении современной клинической картины бруцеллеза, что проявляется более облегченным и стертым его течением по сравнению с более ранними данными. Так, продолжительность лихорадочного периода, длящаяся в прошлые годы до нескольких месяцев, у наблюдаемых нами больных была существенно короче. Лихорадка отмечалась у 50 (86,3%) больных ОБ. Продолжительность лихорадочного периода у 40,9% наблюдаемых больных ОБ не превышала 1 месяца, у 22,7% больных длилась от 1 до 2 месяцев, у 9,1% больных ОБ длилась более 2 месяцев. Наиболее часто (в 54,5% у больных ОБ) отмечался ремитирующий характер температурной кривой. У остальных больных с температурной реакцией субфебрильный и неправильный тип. Лихорадка сопровождалась выраженным ознобом у 24 (40,9%) больных, у 53 (90,9%) отмечалось недомогание, быстрая утомляемость, слабость. У 13 (22,7%) ухудшался аппетит, и отмечалось снижение массы тела на 5-10 кг. Головные боли отмечались у 31 (52,7%) больных.

Наиболее ранний и частый симптом бруцеллезной инфекции - потливость - наблюдалась у 55 (95,4 %) больных ОБ. Признак был более выражен в ночное время и сохранялся, как правило, на протяжении всего заболевания. Почти у всех больных на 2-3 неделе от начала болезни отмечались субъективные и объективные изменения опорно-двигательного аппарата. Наиболее часто наблюдаемые нами больные ОБ жаловались на боли в суставах и выявлялась она у 54 (92,7%) больных и ограничение подвижности в них, реже - местную гиперемию и гипертермию. У 2 (2,7 %) больных ОБ сопровождался развитием воспалением околосуставных сумок, наиболее часто bursa subcutanea локтевого сустава, у 5 (8,1%) больных развивались миозиты. Характерные для бруцеллеза изменения подкожно-жировой клетчатки в виде фиброзитов, целлюлитов были отмечены у 3 (4,5%) больных. Увеличение лимфатических узлов отмечалось у 13 (22,7%) наблюдаемых нами больных ОБ.

Поражение нервной системы у наблюдаемых нами больных проявлялась с первых дней

болезни в виде повышенной раздражительности, быстрой утомляемости, головной боли. Органические поражения нервной системы у 13 (21,8%) больных ОБ были представлены невритами, пояснично-крестовыми радикулитами, в 6,4% - парестезиями. Наиболее частым симптомом у наблюдаемых больных были боли в суставах, на которые жаловались 59 (94,6%) больных ХБ. Локализация поражений суставов у больных ХБ: крупные суставы верхних и нижних конечностей (15,2%), мелкие суставы верхних и нижних конечностей (6,3%), позвоночник (5,5%), комбинированные поражения (73,0%) У 6 (9,8%) наблюдалось воспаление околосуставных тканей, 5 (8%) - коленных суставов, 4 (7,1%) – локтевых, 4 (6,3%) пациентов диагностирован артроз коленного сустава, 3 (4,5%) - спондилоартроз. Боли в суставах имели ноющий характер, усиливались при движении, у 43 (69,6%) пациентов объективные изменения со стороны суставов отсутствовали. В остальных случаях боли в суставах сопровождались их отеком, изменением конфигурации, рентгенологически - сужением суставной щели, дефектами суставной поверхности. У 5 (8,0%) пациентов миозиты, 2 (2,6%) - бурсит локтевого сустава.

Вовлечение ретикуло-эндотелиальной системы в патологический процесс отмечалось, по данным различных авторов, с частотой 38,5-82,2%. У наблюдаемых нами больных лимфаденопатия была выявлена у 14 (23,2%) пациентов, что также отличается от данных прошлых лет и свидетельствует о более легком течении бруцеллеза в последние годы.

Закключение. Таким образом, резюмируя вышеизложенное, можно сказать, что бруцеллез на сегодняшний день остается актуальной проблемой, несмотря на обширный комплекс, проводимых во всем мире мероприятий по ликвидации очагов среди домашних и диких животных, которые являются естественным резервуаром бруцелл в природе. Несколько изменив клиническую картину в сторону облегчения течения, бруцеллез сохраняет свои черты, склонен к длительному, рецидивирующему течению, сопровождающемуся тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата, нервной, половой, ретикулоэндотелиальной систем, что является причиной длительной потери трудоспособности, а зачастую - инвалидизации больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН

Ш.С. Довудов - студент 321 группы, А.С. Гаджиева - студентка 532 группы,

И.Т. Маликов - студент 309 группы лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Т.В. Царуева

Актуальность. Инфекции мочевыводящих путей и половых органов представляют собой широко распространенную и постоянную проблему со здоровьем для женщин

репродуктивного возраста, при этом, по оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2020 год, распространенность урогенитальных инфекций, в том числе хламидийной, превышает один миллион случаев ежедневно, при этом высокая заболеваемость наблюдается у женщин в возрасте от 20 до 25 лет. Хламидийная инфекция выделяется как наиболее распространенная в мире урогенитальная патология, характеризующаяся гибридной природой возбудителя, проявляющей признаки, как вирусов, так и бактерий. Эта уникальная особенность усложняет процессы диагностики и лечения, а растущая устойчивость уропатогена к множеству антибиотиков представляет серьезную проблему в лечении этого состояния. К сожалению, существующие методы лечения этих заболеваний часто неэффективны, и в большинстве случаев после проведенной антибактериальной терапии наступает рецидив заболевания, что подчеркивает настоятельную необходимость дальнейшего исследования. Недавние исследования выявили потенциально важный фактор развития этих инфекций: сочетание оппортунистической микробиоты с внутриклеточными патогенами, такими как *Chlamydia trachomatis*, которая создает смешанную инфекцию со значительными последствиями для этиологии заболеваний мочеполовой системы.

Цель исследования. Основная цель данного исследования заключалась в оценке сравнительной эффективности и безопасности антибактериальной терапии хламидийных инфекций у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования служили данные, полученные при обследовании, лечении и наблюдении 80 женщин репродуктивного возраста с хламидийной инфекцией. Пациентки были распределены на 2 группы по 40 человек. Средний возраст женщин составил 24.8 ± 2.8 года. Обе группы пациенток были сопоставимы по паритету, характеру менструальной функции, акушерскому и гинекологическому анамнезу, а также общесоматической патологии. Основная группа получала комбинированную терапию, состоящую из фторхинолона нового поколения, левофлоксацина 500 мг (по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней), эубиотика бифиформа (по 2 капсулы 2 раза в сутки в течение 10 дней) и антиоксидантного комплекса «Селицинк плюс» (по одной таблетке в день в течение 20 дней). Напротив, группа сравнения получала только антибактериальную терапию.

Для идентификации *Chlamydia trachomatis* до и после терапии был использован ПЦР в режиме реального времени.

Результаты исследования. Наш анализ клинических и бактериологических результатов выявил различия в эффективности применяемых методов лечения. Антибиотикотерапия показала клиническую эффективность 82,5% в основной группе по сравнению с 62,3% в группе сравнения. Кроме того, сравнительная оценка схем лечения выявила различия во времени клинического ответа. Успешная антибактериальная терапия у женщин с урогенитальным хламидиозом (основная группа) составила от 14 до 20 дней (в

среднем 15,5 дней), тогда как в группе сравнения для получения сопоставимых результатов требовалось 26 дней и более. Примечательно, что в основной группе отмечено полное прекращение слизисто-гнойных выделений из цервикального канала уретры, исчезновение субъективных ощущений, таких как дискомфорт внизу живота, боли в пояснице, зуд и жжение в области гениталий.

Выводы. Таким образом, предложенная антибактериальная терапия, состоящая из фторхинолона нового поколения, левофлоксацина, эубиотика бифиформ, и антиоксидантного комплекса “Селицинк плюс”, позволила добиться значительного регресса симптоматики, что способствовало быстрому выздоровлению пациенток с хламидиозом.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ COVID-19

З.М. Кухмазова, А.С. Гаджиева – студентки 5 курса лечебного факультета,

Ш.С. Довудов - студент 3 курса лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.А. Магомедова

Актуальность. Коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19) - вирусное заболевание, вызываемое новым коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома 2 (SARS-CoV-2), который поражает дыхательную систему инфицированных людей. COVID-19 передается от человека к человеку воздушно-капельным путем, образуемым при кашле или чихании инфицированного человека. Вспышка COVID-19 возникла в Ухане, Китай, в конце 2019 года. По состоянию на 29 сентября 2022 года в 237 странах, районах или территориальных образованиях по всему миру зарегистрировано в общей сложности 36 578 678 подтвержденных случаев и 1 003 497 подтвержденных смертей из-за COVID-19. Люди всех возрастов подвержены риску заражения, но в большинстве случаев тяжесть заболевания связана с возрастом и ранее существовавшими заболеваниями, которые ставят под угрозу иммунитет, такими как рак. Многочисленные сообщения свидетельствуют о том, что люди, страдающие раком, могут подвергаться более высокому риску тяжелого заболевания и связанной с ним смерти от COVID-19. Таким образом, управление онкологической помощью в условиях этой пандемии является сложной задачей и требует совместного междисциплинарного подхода для оптимального ухода за онкологическими больными в условиях больницы.

Цель исследования. провести анализ клинико-лабораторных показателей течения коронавирусной инфекции (COVID-19) у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование данных историй болезни 18 пациентов, госпитализированных в Республиканский центр инфекционных

болезней и СПИД г. Махачкалы с января по июнь 2021года. Критериями отбора пациентов для анализа явились: наличие диагностированного злокачественного онкологического заболевания, наличие положительного ПЦР РНК COVID-19.

Обследование пациентов включало в себя определение общего анализа крови, биохимического анализа крови, коагулограммы, Д-димера, иммунограммы. Также при поступлении и в динамике проводилось определение сатурации крови с помощью пульсоксиметра, компьютерная томография органов грудной клетки. Все показатели лабораторно-инструментальных исследований были проанализированы в динамике.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программ Биостат 10 и Microsoft Office Excel, включала определение среднеарифметической величины, ее средней ошибки и долевых значений. Сравнение результатов лабораторно-инструментальных данных пациентов проводилось с использованием Т-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. По гендерному распределению среди пациентов 6 мужчин (33,3%) и 12 женщин (66,7%). Средний возраст пациентов составлял $51,9 \pm 15,5$ лет.

Результаты исследования. За амбулаторной помощью обращались 10 пациентов (55,6%), 8 пациентов (44,4%) проводили лечение в амбулаторных условиях самостоятельно. Пациенты были госпитализированы в стационар на 3-5 день болезни. При поступлении состояние пациентов оценено как тяжелое у 22,2% больных (4 пациентов), более 7 баллов по NEWS, которые были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, у 14 пациентов (77,8%) состояние расценено как среднетяжелое. Средняя продолжительность койко-дней составила $11,3 \pm 4,2$ дня.

В удовлетворительном состоянии выписано 15 (83,3%) пациентов, выписаны без положительной динамики 3 пациента (16,7%).

Среди онкологических заболеваний преобладает рак молочной железы у 5 пациенток (27,7%), рак легкого у 2 пациентов (16,7%), Саркома Капоши- 2 (11,2%), рак предстательной железы- 2 (11,2%), наличие рака прямой кишки, лимфомы Ходжкина, лимфомы Беркитта по 1 пациенту, что составило по 5,5%. При анализе сопутствующих заболеваний выявлено: у 2 пациентов наличие ВИЧ-инфекции (11,1%), гипертоническая болезнь у 2 пациентов (11,1%), сахарный диабет 2 типа у 2 пациентов (11,1%). В 100% анализируемых случаев отсутствовала вакцинация от коронавирусной инфекции.

При сравнении показателей общего анализа крови пациентов при поступлении и при выписке отмечено достоверное повышение уровня гемоглобина, лейкоцитов, достоверное снижение уровня лейкоцитов, СОЭ. При сравнении уровня тромбоцитов достоверной разницы не выявлено.

При сравнении показателей биохимического анализа крови в момент поступления и при выписке выявлено следующее: наблюдается достоверное повышение уровня АЛТ, АСТ,

общего белка и альбумина. Достоверное снижение уровня СРБ наблюдается по сравнению с днем госпитализации.

При анализе показателей коагулограммы отмечается достоверное повышение уровня ПТИ, снижение уровня Д-димера и фибриногена при сравнении показателей до и после лечения.

У 13 пациентов (72,2%) имелась ковид-ассоциированная пневмония, подтвержденная по результатам компьютерной томографии. В 8 случаях выявлено КТ-1, с объемом поражения до 25%, что составило 61,5%. В 3 случаях - КТ-2 (23%), в 2 случаях - КТ-3 (15,5%).

Выводы. Инфекция COVID-19 оказывает огромное влияние на диагностику рака, прогноз и терапевтические эффекты. Новые исследования показывают худшую тенденцию среди больных раком COVID-19 по сравнению с нераковыми пациентами COVID-19. Эффективность и безопасность подходов к лечению COVID-19 у онкологических больных также требуют дальнейшего изучения. Поэтому эта проблема сложная и должна стимулировать исследования в области онкологии и сопутствующей инфекции в виде COVID-19.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС: КАЗУИСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕШЕНСТВА НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

А.С. Гаджиева - студентка 532 гр. лечебного факультета, У.М. Солтанов - студент 435 гр. лечебного факультета, З.М. Кухмазова - студентка 531 гр. лечебного факультета
Кафедра инфекционных болезней им. академика Г.П. Руднева

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.К. Билалова, к.м.н., ассистент Н.М. Сааева

Актуальность. Бешенство — острая неврологическая инфекция человека и животных, вызываемая нейротропным вирусом семейства Rhabdoviridae и обычно передающаяся через укусы животных. Несмотря на расширение нашего понимания патогенеза бешенства, оно неминуемо ведет к летальному исходу и так же является остростоящей проблемой как на всей территории РФ, так и на территории РД в частности. Так, за последние 5 лет в республике было зарегистрировано 17166 обращений. Недостаток осведомленности и профилактических работ среди населения стоит рассматривать как одни из ключевых факторов, способствующих одновременно как росту заболеваемости и смертности, так и сокращению числа случаев обращения за медицинской помощью. Приведенный клинический случай является показателем важности своевременного обращения за медицинской помощью и профилактической прививки, даже при отсутствии клинической картины.

Цель исследования. Анализ казуистического случая бешенства. Обращение внимания на важность своевременного обращения за медицинской помощью в специализированные учреждения.

Материалы и методы исследования. Анализ медицинской карты стационарного больного ГБУ РД «Республиканский центр инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИД»,...г.Махачкала.

Результаты исследования. Пациент Н 118.06.1966 года рождения обратился 7.06.2022 г. в ГБУ РД «РЦИБ и СПИД» с жалобами на слабость, затруднённое дыхание и глотание, особенно при виде любой жидкости, нарушения сна.

По данным анамнеза настоящего заболевания: Считает себя больным на протяжении 5 дней, связывает свое состояние с употреблением просроченных продуктов питания, после чего появилась неукротимая рвота, при попытке выпить воду стал ощущать водобоязнь, состояние стало прогрессивно ухудшаться: отказ от еды, кошмарные сновидения и беспокойство. По данным анамнеза жизни :контакт с пациентом затруднен ввиду языкового барьера и агрессивного поведения пациента. Известно, что пациент является пастухом и принимает участие в стрижке овец, часто меняет место жительства, ввиду профессиональной деятельности. Ранее ничем не болел. К врачам не обращался.

По данным объективного исследования: На момент осмотра общее состояние пациента тяжелое, временами агрессивен, возбужден. Эмоциональный фон подавлен. Дистальные отделы конечностей прохладные. Система органов дыхания, сердечно-сосудистая система , система органов желудочно-кишечного тракта, система органов мочевого выделения без патологий. Нервная система: сознание ясное, фотореакция значительно ослаблена, наблюдается мидриаз, фотопсия. Сухожильные рефлексы в норме. Менингеальные симптомы: ригидность з/м , симптом Керинга , Брудзинского отрицательные с двух сторон. Брюшные рефлексы вялые. На правой кисти и левой голени имеются следы после укуса собаки, безболезненные, без признаков воспаления. Со слов пациента был укушен в апреле прошлого года. По данным лабораторных исследований: наблюдается выраженный лейкоцитоз, тромбоцитопения, ускорение СОЭ и повышение уровня СРБ, так же методом ПЦР в слюнной жидкости был обнаружен РНК-содержащий вирус бешенства. На фоне проводимой терапии состояние пациента с отрицательной динамикой. На фоне проводимой терапии состояние пациента ухудшалось. Пациент вел себя агрессивно по отношению к медицинскому персоналу, присоединился галлюцинаторный синдром. Подергивания угла рта, мелких мышц, присоединилась фебрильная лихорадка, тахикардия. В связи с чем проводилась медицинская седация. Присоединились дыхательные расстройства, в связи с чем пациент переведен на ИВЛ 11.06.2022 г в 8:30. Налажен НГЗ, уретральный катетер. Присоединилась гиперсаливация. Состояние пациента ухудшалось. 13.06.2022 в 15:15 несмотря на проводимую интенсивную терапию, инотропную поддержку гемодинамики, отмечается остановка сердечной деятельности. Немедленно были начаты реанимационные мероприятия. Проводимые мероприятия в течении 30 минут были безуспешны. 13.06.2022 в 15:45 констатирована

биологическая смерть.

Выводы. Анализ представленного клинического случая позволяет познакомиться с достаточно редким явлением в практике-длительным инкубационным периодом заболевания. В очередной раз подчеркивается важность своевременного обращения за медицинской помощью, чтоб не повлечь за собой потерю значительного количества времени и как правило-летальный исход.

К ВОПРОСУ ОБ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКЕ ХЛАМИДИЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Н. К. Иминова - студентка 311 группы лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к. м. н., доцент Т. В. Царуева

Актуальность: Несмотря на многообразие методов диагностики хламидийных инфекций, вопрос их сравнительной эффективности открыт по сей день. В данном исследовании мы определяем роль аллергических и аутоаллергических процессов в патогенезе урогенитального хламидиоза и его диагностике.

Цель исследования: Сравнительное изучение чувствительности различных по механизму аллергических реакций, использованных нами при урогенитальном хламидиозе.

Материалы и методы: У 50 пациенток с урогенитальным хламидиозом были изучены внутрикожная проба с хламидийным аллергеном, реакция преципитации и реакция лейкоцитоллиза с хламидийным антигеном. Следует отметить, что каждая из этих реакций является дополнительным методом диагностики урогенитального хламидиоза.

Результаты исследования: Реакция иммунолейкоцитоллиза в присутствии хламидийного антигена оказалась повышенной у 95% больных, составив $0,16 \pm 0,002$ условных единиц (при норме $0,05 \pm 0,001$), и достигла максимальных значений к 6–10 дням болезни. Степень повышения показателя реакции иммунолейкоцитоллиза была в прямой зависимости от степени тяжести течения урогенитального хламидиоза.

Выводы: Наиболее чувствительным и динамичным тестом является реакция иммунолейкоцитоллиза в присутствии хламидийного антигена. Высокая чувствительность данной реакции связана с непосредственным действием антигена на нейтрофилы периферической крови, тогда как при серологических методах диагностики требуется время для продукции антител. Преимущества реакций иммунолейкоцитоллиза по сравнению с другими методами: при динамическом исследовании не проводится повторное введение аллергена, кровь для постановки реакции берется из пальца. Результаты реакции иммунолейкоцитоллиза имеют не только качественную, но и четкую количественную оценку,

поэтому из всех изученных аллергических тестов наибольшего внимания заслуживает данная реакция. Такие методы аллергодиагностики, как скрининговые тесты, объективны, просты в техническом выполнении и могут быть использованы в любой клинической лаборатории.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

В.В. Семашкова – студентка Л-504В гр. лечебного факультета,

Е.Н. Олина – студентка Л-504Б гр. лечебного факультета,

Ш.А. Фахриев – студент Л-504Б гр. лечебного факультета,

И.И. Самрханова – студентка Л-503А гр. лечебного факультета,

А.А. Салихова – студентка Л-503А гр. лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия.

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.И. Старостина

Актуальность. В Приволжском ФО наиболее высокие показатели заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) на протяжении многих лет регистрируются в Башкирии и Удмуртии. Заболевание нередко протекает тяжело. Течение ГЛПС могут осложнить инфекционно-токсический шок (ИТШ), диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (ДВС), острая почечная недостаточность, кровоизлияния в надпочечники и аденогипофиз. Развитие осложнений требует своевременных изменений в тактике ведения пациента.

Цель исследования: анализ случая ГЛПС, осложненного развитием ИТШ и ДВС-синдрома.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента, находившегося на лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г. Уфы. Для обследования пациента в динамике применены ОАК, ОАМ, биохимия крови, коагулограмма, определение сатурации, анализы мочи по Нечипоренко и Зимницкому, ЭКГ, УЗИ почек, метод флюоресцирующих антител (МФА).

Результаты исследования. Пациент в возрасте 40 лет (рост 176 см, вес 95 кг, ИМТ 30,7) поступил в инфекционный стационар в 13.50 на 4 день болезни с жалобами на повышение температуры тела до 37,5 °С, головную боль, головокружение, ломоту в теле, ощущение тяжести в поясничной области, снижение остроты зрения, жажду, потливость. Заболевание началось остро с недомогания, озноба и диареи до 3 раз в сутки без примесей крови и слизи. На следующий день пациент лихорадил до 39 °С. На третий день болезни пациент продолжал лихорадить до 38-39 °С, он обратился к терапевту по месту жительства, был направлен в РКИБ и госпитализирован с диагнозом «ГЛПС». Пациент проживает в Уфимском районе в частном

доме, на работе занимается загрузкой в машины бутилированной воды, ранее ГЛПС не болел, супруга пациента месяц назад перенесла тяжелую форму этой инфекции.

При поступлении состояние тяжелое. Сознание ясное. Температура тела 37,5 °С, частота сердечных сокращений (ЧСС) 104-108/мин, частота дыхания (ЧД) 26/мин, сатурация 94 %, артериальное давление (АД) 100-110/60-70 мм рт. ст. в положении лежа (обычно АД пациента 135-140/80). Индекс Альговера в районе 1. Кожные покровы смуглые. Наблюдаются гиперемия и отечность лица, инъекция сосудов склер, петехии в области мягкого неба. Сыпи, акроцианоза и мраморности нет. Аускультативно по всем легочным полям выслушивалось жесткое дыхание. Тоны сердца были ясными, ритм - правильным. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области умеренно положителен с обеих сторон. Пациент отмечает уменьшение количества мочи. Диареи нет. При поступлении наблюдались: выраженная тромбоцитопения ($27 \times 10^9/\text{л}$), признаки гемоконцентрации (гемоглобин 167 г/л, эритроциты $5,97 \times 10^{12}/\text{л}$), умеренная протеинурия (0,58 г/л). Был обоснован предварительный диагноз: ГЛПС, тяжелое течение, осложнение - ИТШ 1 степени. Пациент был госпитализирован в ОРИТ. Проводилась инфузионная терапия (раствор глюкозы 10 %, стерофундин, фриостерин, гордокс 100 тыс. КИЕ на 200 мл физиологического раствора) общим объемом 1,6 л, применялись дексаметазон 28 мг, дицинон 12,5 % 6 мл, кетопрофен. На фоне лечения наблюдалось улучшение: температура тела 36,8 °С, ЧСС 88/мин, ЧД 21/мин, сатурация 95-96 %, АД 115-120/70 мм рт. ст., диурез 1050 мл. Были зарегистрированы небольшое повышение уровней мочевины (12 ммоль/л) и креатинина (153 мкмоль/л), гипонатриемия (131,5 ммоль/л), нормокалиемия и двусторонние диффузные изменения паренхимы почек с отеком по типу острого нефрита без нарушения оттока мочи при УЗ-исследовании, АЧТВ у верхней границы нормы (34 с), ЭКГ без патологии.

На 5-ый день болезни состояние пациента ухудшилось. Усилилась боль в поясничной области, ухудшилось зрение, появились кровоточивость десен, кровоизлияния в местах инъекций. Пациент не лихорадил, ЧСС 77/мин, ЧД 22/мин, сатурация 90% (без оксигенотерапии) и 95% (на фоне оксигенотерапии 3 л/мин), АД 110/70 мм рт. ст. В ОАК прослеживалось нарастание гемоконцентрации (эритроциты $6,12 \times 10^{12}$, гемоглобин 173 г/л), тромбоцитопения (41×10^9), высокая протеинурия (5,7 г/л), выраженная гематурия (25 тыс /мл по Нечипоренко), умеренные лейкоцитурия и цилиндрурия, дальнейшее повышение уровня мочевины (33 ммоль/л) и креатинина (354 мкмоль/л), АЛТ 82 ед/л, АСТ 68 ед/л. Через 2 часа возникло носовое кровотечение. После измерения АД на месте расположения манжетки тонометра возникли петехии. В коагулограмме были выявлены: удлинение АЧТВ (41 с) и ТВ (24 с), гипофибриногенемия (1,7 г/л), высокий показатель D-димера (3000 нг/мл). У пациента в начале олигурического периода болезни и предшествовавшего развития ИТШ возникли проявления гипокоагуляционной фазы ДВС (геморрагический синдром и выраженные

изменения в коагулограмме). Были применены: СЗП 240 мл, дицинон 12,5 % 12 мл/сут, гордокс 300 тыс КИЕ/сут, носовая турунда с аминокaproновой кислотой, глюкозо-солевые растворы, дексаметазон, омепразол. Количество мочи за 5 день болезни составило 690 мл без стимуляции лазиксом. На 6 день болезни пациент не лихорадил. Наблюдались следующие параметры: ЧСС 70/мин, ЧД 20/мин, сатурация 92-93 % (без оксигенотерапии) и 96% (на оксигенотерапии, поток 2 л/мин), АД 115/70, АЧТВ 43 с, мочевины 23 ммоль/л, креатинин 360 мкмоль/л, калий крови 4,7 ммоль/л, протеинурия 3,3 г/л. На 6-7 дни болезни была продолжена коррекция коагуляционных нарушений. Наблюдалась стабильная гемодинамика, с целью стимуляции диуреза был назначен фуросемид (100 мг на физиологическом растворе внутривенно). Количество мочи составило 820 мл/сутки. На 7-8 день наблюдалось улучшение: кровотечений нет, гемодинамика стабильная, боль в поясничной области менее выражена, сатурация 96 % без оксигенотерапии, количество мочи 1100 – 2300 мл, АЧТВ 33 с, тромбоциты $79-129 \times 10^9/\text{л}$. Уровень креатинина повысился до 445 мкмоль/л, мочевины – до 41 ммоль/л, что характерно для первых дней полиурии.

Пациент был переведен из ОРИТ в диагностическое отделение на 9-ый день болезни в начале полиурического периода. Пациента беспокоили жажда и никтурия. При переводе температура тела 36,6 °С, ЧСС 60/мин, ЧД 22/мин, сатурация 96% (без оксигенотерапии), АД 140/80 мм рт. ст., эритроциты $5,15 \times 10^{12}$, гемоглобин 144 ммоль/л, тромбоциты 281×10^9 , АЧТВ 24,7 с, протеинурия 0,12 г/л. За девятые сутки количество мочи составило 5290 мл. У пациента полиурия была выраженной (3-5,3 л/сут), поэтому возникла необходимость в компенсации потерь воды и электролитов, с этой целью применяли полиионные солевые растворы внутривенно в умеренных количествах. К 11 дню болезни зрение восстановилось до исходного уровня, симптом поколачивания по поясничной области стал отрицательным. На 11 день болезни были получены результаты МФА: 1 сыворотка – титр 1:256; 2 сыворотка – титр 1:1024.

Пациент был выписан на 23 день болезни с диагнозом: ГЛПС, подтвержденная четырехкратным нарастанием титра антител (МФА), тяжелое течение; осложнения – ИТШ 1 степени, ДВС-синдром. К этому времени регистрировались следующие параметры: температура тела 36,8 °С, ЧСС 71/мин, ЧД 17/мин, сатурация 97 %, АД 120/82, суточное количество мочи 2100 мл. Наблюдались нормальные показатели ОАК и ОАМ, нормализовался уровень мочевины. Сохранялись небольшое повышение уровня креатинина (160 при норме до 115 мкмоль/л) и изогипостенурия.

Выводы. При выявлении пациента с ГЛПС показана госпитализация. В случае развития ИТШ и ДВС-синдрома необходимы своевременные диагностические и лечебные мероприятия в отношении этих осложнений на ранних этапах формирования патологических изменений.

О РОЛИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

**Д.К. Нурмагомедова - врач-ординатор,
А.О. Саидова - студентка 3 курса педиатрического факультета**
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – доц. М.С. Саидов

Актуальность. Ротавирусы человека вызывают острый энтерит у новорожденных и детей раннего возраста и играют важную роль в этиологии диарей. Ротавирусы поражают энтероциты в которых они размножаются и разрушают их с высвобождением большого количества вирусов. В связи со снижением всасывания натрия и глюкозы, происходящим из-за замены поврежденных энтероцитов незрелыми клетками возникает диарея [3].

Ротавирусы – основной возбудитель вирусной диареи у детей. Они вызывают 40-60% случаев острого гастроэнтерита у детей в возрасте до 6 лет. По данным ВОЗ во всем мире от ротавирусной инфекции ежегодно погибает от 1 до 3-х млн детей [2].

Особенностью течения ротавирусной инфекции у 50% детей раннего возраста является длительное (до 3-х недель) выделения вируса с фекалиями после исчезновения клинических признаков болезни.

Для диагностики ротавирусной инфекции как правило применяют ИФА для обнаружения АГ и полимеразно-цепную реакцию - ПЦР [1, 5].

Целью нашего исследования было проанализировать результаты исследований на ротавирусную инфекцию и привлечь внимание медработников к этой проблеме.

Материалы и методы исследования. В вирусологических лабораториях, для диагностики ротавирусной инфекции применялся ИФА, выборочно ПЦР. Нами была проанализирована заболеваемость ротавирусной инфекцией на 100 тыс. населения в РД за 5 лет с 2016 по 2020 гг.

В 2020 г. этиологическая расшифровка ОКИ в республике составила 47,8% против 49,9% в 2019 году. На отдельных территориях республики процент этиологической расшифровки ОКИ по прежнему остается низким, что обусловлено отсутствием лабораторной диагностики ОКИ по выявлению вирусных кишечных инфекций [4].

Низкий процент расшифровки ОКИ не только в районный центрах, но и городах Дербент, Дагогни. Каспийск, Хасавюрт, где процент расшифровки составляет от 30,5 до 36,3% [4].

В структуре ОКИ установленной этиологии на ротавирусную инфекцию приходится 8,6%.

Заболеваемость ротавирусной инфекцией в РД за 2016-2020 гг.

годы	заболеваемость на 100тыс.населения
2016	68,2
2017	42,8
2018	45,5
2019	50,1
2020	23,75

Результаты исследования. Как видно из таблицы в 2020 г. наблюдалось резкое снижение заболеваемости ротавирусной инфекцией. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в 2020 г. составил 23,75 против 50,1 в 2019 году. В абсолютных цифрах в 2020 г зарегистрировано 733 случае ротавирусной инфекции против 1545 в 2019 году. Снижение заболеваемости ротавирусной инфекцией в 2020г по сравнению с 2019г на 52.5% обусловлено низкой этиологической расшифровкой ОКИ на 2020г в связи с занятостью вирусологических лабораторий медицинских учреждений республики исследованиями на SARS COV19

Высокий удельный вес ротавирусной инфекции 2020 г отмечался в г. Буйнакске (36,0), Сергокалинском районе (37,5 %) [4].

Выводы.

1. Таким образом, ротавирусная инфекция играет важную роль в этиологии ОКИ вирусной этиологии, что предполагает необходимость ее диагностики в городах и районах республики.
2. Заболеваемость ротавирусной инфекцией на 100 тыс. населения в 2020 году более чем в 2 раза ниже чем 2019 году (23,75 против 50,1).

Использованная литература

1. Атлас по медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии/под ред. проф. Быкова А.С., Воробьева А.А., Зверева В.В./ М.: МИА, 2008, 271 с.
2. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. М.: «Медицина», 2001.
3. Гиллеспы С.Х., Бамфорд К.Б. Наглядные инфекционные болезни и микробиология. 2 изд. (пер. с англ.) М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017, 143 с.
4. Государственный доклад: «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Дагестан в 2020 году», Махачкала, 2021, 200 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Л.А. Нарожная – ординатор 2 года обучения

Кафедра эпидемиологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент А.М. Мухаметзянов

Введение. Ветряная оспа имеет высокий уровень заболеваемости, сопровождается риском возникновения тяжелых осложнений [1,2] и по уровню экономического ущерба занимает одно из лидирующих мест в рейтинге экономической значимости инфекционных болезней, принося ежегодные потери в размере более 12 млрд рублей [3].

Ветряная оспа – самая распространенная детская инфекция и по количеству случаев уступает лишь острым респираторным инфекциям. После перенесенной в детстве инфекции в ганглиях задних корешков спинного мозга формируется пожизненное «носительство» вируса в дремлющем состоянии [4]. Изменяются не только проявления эпидемического процесса, но и клиническое течение инфекции.

Актуальность: Ветряная оспа и новая коронавирусная инфекция COVID-19 представляют социальную и экономическую значимость.

Цель исследования. Проанализировать информацию, опубликованную в различных научных изданиях по вопросам распространенности ветряной оспы в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также реализации технологии вакцинопрофилактики для решения задач обеспечения эпидемиологической безопасности.

Материалы и методы. Материалами послужила опубликованная научная литература, посвященная вопросам профилактики ветряной оспы в современных условиях, поиск которой осуществлялся по базам данных PubMed, Scopus, РИНЦ.

Результаты исследования. В последние годы формы ветряной оспы с различными осложнениями регистрируются в 3 раза чаще, отмечается расширение клинического полиморфизма и нарастание доли крайне тяжёлых и даже летальных форм инфекции. Группами высокого риска в отношении возникновения тяжёлых клинических форм заболевания являются дети до 1 года [5], беременные женщины и лица с ослабленным иммунитетом [6,7]. В момент ослабления клеточного звена иммунной системы под влиянием факторов внешней среды, психоэмоциональной перегрузки происходит реактивация вируса, которая клинически проявляется в виде опоясывающего герпеса [8]. В 2021г было зарегистрировано более 524 тыс. случаев заболевания. Показатель заболеваемости на территории Российской Федерации (РФ) составил 358,1 на 100 тыс. населения при среднемноголетнем уровне 565,95 на 100 тыс. совокупного населения. Основное число заболевших ветряной оспой составили дети (2021 г. – 96,4 %), при этом большинство случаев заболевания (72,7 %) зарегистрировано среди детей в возрасте от 1 года до 6 лет, причем более половины (61 %) заболеваний – у детей в возрасте 3–6 лет [9]. Вакцинация против ветряной оспы не входит в перечень обязательных профилактических прививок, в связи с чем, основной мерой профилактики ветряной оспы по-прежнему остается изоляция больного (как и при заболевании COVID-19 до начала масштабной вакцинации) [11]. Применение максимально жестких организационно-ограничительных мер, обеспечивающих разрыв механизма передачи

SARS-CoV-2 и высокая дисциплина населения по исполнению режима самоизоляции позволили не допустить экспоненциального роста заболеваемости COVID-19 [28]. Анализ динамики выявления новых случаев COVID-19 показал, что эффект от применения мер по разобщению и режима самоизоляции в условиях мегаполиса наступает через временной промежуток, равный 3,5 инкубационного периода, при его максимальной длительности 14 дней [10]. Соблюдение социального (физического) дистанцирования и режима самоизоляции в условиях пандемии COVID-19 как мера профилактики распространения в социальной среде инфекций с аэрозольным механизмом передачи не вызывает сомнений по необходимости изучения заболеваемости ветряной оспой в период развития пандемии, представляет научно-практический интерес по причине: большого накопленного опыта слежения за заболеваемостью ветряной оспой, а также схожести данных инфекций по признакам вирусной природы, общего механизма передачи (аэрозольный), высокого индекса контагиозности (ветряная оспа – до 90 %), схожих факторов передачи: воздух, контаминированные предметы обихода; высокого риска инфицирования в течение жизни человека (ветряная оспа – до 95 %), возможность инapparантного течения инфекции [4,12.]

Доказано множеством исследований, что единственным эффективным средством профилактики ВО является иммунизация [13,14,29,30]. На данный момент эффективность плановой иммунизации ветряной оспы доказана во многих странах.[31]. Нарботанный опыт показывает иммунологическую и эпидемиологическую эффективность применения массовой иммунизации, которая приводит к 80% снижению числа регистрируемых случаев заболевания, 96% снижению частоты госпитализации и 92% снижению смертности. Вакцины против ветряной оспы активно применяются во многих странах мира и вошли в программы иммунизации детей в Канаде, США, Германии, Испании, Италии, Греции, Уругвае, Нидерландах [15].

В РФ вакцинация против ветряной оспы включена в Национальный календарь профилактических прививок (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2021 г. № 1122н) по эпидемиологическим показаниям: дети и взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу, ранее не привитые и не болевшие ветряной оспой. С учётом современной эпидемиологической ситуации определены перспективы вакцинопрофилактики, документально оформленные в виде утверждённой в 2020 г. Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 г. В качестве одного из основных направлений оптимизации национального календаря прививок Правительством обозначено расширение перечня инфекционных болезней, против которых будет проводиться вакцинация, в частности, внедрение плановых прививок детей против ВО [16]. В 2021 г. по сравнению с 2020 г. на 40 % увеличились объёмы профилактической иммунизации – вакцинировано 200 тыс. человек (в 2019 г. – около 144 тыс. человек), из них

более 154 тыс. детей и 45,5 тыс. взрослых. Доля детей среди вакцинированных возросла с 65 % в 2020 г. до 77 % в 2021 г., доля взрослых из групп риска сократилась на 10 % [9].

В период пандемии наблюдалась тенденция «взросления» заболеваемости ветряной оспой. За последние годы заболеваемость в возрасте старше 14 лет выросла от 25 до 60 на 100 тыс. населения [2]. Чем старше больной тем сложнее переносится заболевание, и выше риск возникновения осложнений, и присоединения других инфекций, в частности covid-19 [18,19]. Ряд исследований показали, что на фоне ослабленного иммунитета после заболевания новой коронавирусной инфекцией, наблюдается рост заболеваемости ветряной оспой, а также возникает риск повторного заражения и формирования более тяжелой клинической формы [20,21]. Тенденция «повзросления» заболевших ветряной оспой г. Москва может быть обусловлена низкими уровнями охвата детей вакцинацией против этой инфекции, вследствие чего значительная доля детей остается восприимчивой и может быть реализован риск заболевания в более старшем возрасте [22].

В перспективе эпидемическая ситуация может ухудшиться, так как на фоне снижения заболеваемости в 2020-2021 гг., которая, по всей видимости, произошла в результате ограничительных мероприятий в организованных коллективах, увеличивается число не болевших ветряной оспой людей, а это может стать причиной очередного циклического подъема заболеваемости ветряной оспой, особенно на фоне перенесенной детьми COVID-19 [23]. Ряд исследований за последние годы показали, что covid-19 может реактивировать вирус Varicella Zoster и совместное течение указанных инфекций, что повышает риск развития более тяжелых заболеваний и осложнений (пневмония, менингит, миокардит, энцефалит) [24, 26].

К особенностям эпидемического процесса ветряной оспы, как и новой коронавирусной инфекции COVID-19 можно отнести: аэрозольный механизм передачи инфекции, высокую контагиозность, всеобщую восприимчивость населения, выраженную осенне-зимнюю сезонность [17]. Вклад в сезонную компоненту вносят как спорадические случаи заболевания, так и формирующиеся в различных коллективах очаги [25,27]. Риск инфицирования не иммунных лиц повышается при посещении ими организованных детских коллективов (дошкольные образовательные учреждения, школы, различные кружки, спортивные секции и т. д. [1]. Высокая интенсивность эпидемического процесса и возникновение вспышек ветряной оспы в организованных коллективах указывают на необходимость проведения плановой иммунопрофилактики данного заболевания.

Выводы. В настоящее время профилактические и противоэпидемические мероприятия в отношении ветряной оспы и новой коронавирусной инфекции COVID-19 сводятся к недопущению заноса инфекции в детские и лечебные учреждения, своевременному выявлению и изоляции первых заболевших, организации и проведению противоэпидемических мероприятий в очагах инфекции, а также осуществлению вакцинации против указанных

инфекций.

Реализация принципов вакцинации против ветряной оспы возможна через включение иммунизации в региональные календари профилактических прививок. На основании успешного опыта в других странах рекомендуется внедрить двукратную иммунизацию с охватом не менее 90% детей в возрасте 1 года.

Список литературы

1. Каира А. Н., Лавров В. Ф., Свитич О. А., Соломай Т. В., Волосникова А. В. Особенности эпидемиологии ветряной оспы на отдельно взятой территории. 2020; 2: 63-69
2. Ситник Т. Н., Штейнке Л. В., Габбасова Н. В. Ветряная оспа: «повзрослевшая» инфекция. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика 2018; 18 (5): 54–59.
3. Михеева М.А., Михеева И.В. Динамика рейтинга экономического ущерба от инфекционных болезней как критерий эффективности эпидемиологического контроля. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2020; 97(2): 174–81.
4. Лаврик Е.П., Кравченко А.Г., Трухина Г.М., Герасимова А.А., Высотин С.А., Высотина А.Т. Влияние противоэпидемических (карантинных) мероприятий в условиях пандемии COVID-19 на снижение и распространение инфекций с аэрогенным механизмом передачи (на примере ветряной оспы). Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. 2021;29(8):55-62.
5. Михайлова Е.В. Ветряная оспа у новорожденных: симптомы, осложнения, современные методы терапии и профилактики. В кн.: Материалы XIII Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». М.; 2014: 48–9.
6. Баликин В.Ф., Философова М.С. Расширение клинического полиморфизма и нарастание тяжести инфекции Varicella zoster у детей. В кн.: Материалы XIII Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». М.; 2014:
7. Зрячкин Н.И., Бучкова Т.Н., Чеботарева Г.И. Осложнения ветряной оспы (обзор литературы).Журнал инфектологии. 2017; 9(3): 117–28.
8. Топтыгина А.П., Клыкова Т.Г., Смердова М.А., Зеткин А.Ю. Оценка напряженности популяционного иммунитета к вирусам кори, краснухи, эпидемического паротита и ветряной оспы у здоровых взрослых. РМЖ. 2019; 3:36-39.
9. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022. 340с.

10. Акимкин В.Г., Кузин С.Н., Семененко Т.А. и др. Закономерности эпидемического распространения SARS-CoV-2 в условиях мегаполиса // Вопросы вирусологии. 2020. Т. 65. № 4. С. 203-211
11. Акимкин В.Г., Кузин С.Н., Семененко Т.А. и др. Гендерно-возрастная характеристика пациентов с COVID-19 на разных этапах эпидемии в Москве // Проблемы особо опасных инфекций. 2020. № 3. С. 27-35.
12. Калинина, Ю. С. Клинико-иммунологические особенности течения ветряной оспы у взрослых : специальность 14.01.09 "Инфекционные болезни" : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Ю. С. Калинина. – Новосибирск, 2019. – 157 с. – EDN XJWUYC.
13. WHO. Varicella and herpes zoster vaccine: WHO position paper. Weekly Epidemiological Record. 2014; 89(25).
14. Takahashi M., Otsuka T., Okuno Y., Asano Y., Yazaki T., Isomura S. Live vaccine used to prevent the spread of varicella in children in hospital. The Lancet. 1974;304(7892):1288–1290. doi: 10.1016/s0140-6736(74)90144-5. Takahashi M., Otsuka T., Okuno Y., Asano Y., Yazaki T., Isomura S. Live vaccine used to prevent the spread of varicella in children in hospital. The Lancet. 1974;304(7892):1288–1290. doi: 10.1016/s0140-6736(74)90144-5.
15. А.Ю. Попова, Е.Б. Ежлова, А.А. Мельникова, И.В.Михеева реализация программы иммунизации в российской федерации на современном этапе: вызовы, возможности, перспективы* журн. Микробиол., 2018, № 6, с. 3—10 (zh. Mikrobiol. (moscow), 2018, no. 6, P. 3—10)
16. Распоряжение Правительства РФ от 18.09.2020 № 2390-р «Об утверждении Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года».
17. Воронин, Е.М. Современные эпидемиологические особенности ветряной оспы и подходы к ее профилактике: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.02 / Е.М. Воронин ; Москва, 2012. 24 с.
18. Кузьмина М.Н., Климовицкая Е.Г., Ешмоллов С. Н., Ситников И.Г., Елякова Е.В. Клинический случай ветряной оспы, осложненной менингоэнцефалитом и отеком головного мозга, в сочетании с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у ребёнка 5 лет. 2021; 20(2): 64-67
19. Горелов А.В., Николаева С.В., Акимкин В.Г. Новая коронавирусная инфекция COVID-19: особенности течения у детей в Российской Федерации. Педиатрия. 2020
20. Mona Marin. Global Varicella Vaccine Effectiveness: A Meta-analysis. 2016; 137(3):1-10
21. Jarallah Saleh Al-Tbali, Labiba Saeed Anam. Chickenpox outbreak investigation - A Sabeen district, Sana'a city, Yemen, January -February 2019 (Preprint). 2022; 8(1)

22. Михеева И.В., Воронин Е.В., Ермоленко М.В. и др. Плановая вакцинопрофилактика ветряной оспы: тактика и перспективы // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2011. № 2. С. 42-48.
23. Афолина Н.М., Михеева И.В. Эффективность региональных программ вакцинопрофилактики ветряной оспы // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2022. №3 (42).
24. Barry, Rachel MB, MRCPI*; Prentice, Michael MBChB, PhD, MRCP(UK), FRCPath, FFPRCP*; Costello, Daniel MD, MRCPI*; O'Mahony, Olivia MRCPCH, FRCPI*; DeGascun, Cillian MD, FRCPI, FRCPath, FFPathRCPI†; Felsenstein, Susanna MSc, DTM&H‡. Varicella Zoster Reactivation Causing Aseptic Meningitis in Healthy Adolescents: A Case Series And Review Of The Literature. The Pediatric Infectious Disease Journal 39(9): p e278-e282, September 2020
25. Кузьмина М. Н., Климовицкая Е.Г., Ешмолов С. Н., Ситников И. Г., Елякова Е.В. Клинический случай ветряной оспы, осложнённой менингоэнцефалитом и отёком головного мозга, в сочетании с новой коронавирусной инфекцией (covid-19) у ребёнка 5 лет // Детские инфекции. 2021.
26. AbdollahKarimi, Sedigheh RafieiTabatabaei, MitraKhalili, Saeed Sadr. COVID-19 and Chickenpox as a Viral Co-Infection in a 12-Year-Old Patient, a Case Report. Archives of Pediatric Infectious Diseases In Press. 2020. DOI:10.5812/pedinflect.105591
27. Дружинина Т.А. Особенности эпидемиологии ветряной оспы в Ярославской области. Опыт вакцинопрофилактики // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2011. №1 (56).
28. Тихонов Д.Г., Владимирцев В.А. Пандемия COVID-19. SARS-Cov-2, пути передачи, особенности распространения и индивидуальной восприимчивости // Сибирские исследования. 2020. 2(4). С. 6–19.
29. Барышев, М. А. Актуальность внедрения вакцинопрофилактики ветряной оспы в национальный календарь прививок Российской Федерации / М. А. Барышев, О. А. Груздева, М. Б. Багдасарян Фундаментальные и прикладные аспекты анализа риска здоровью населения: Материалы всероссийской научно-практической интернет-конференции молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора с международным участием, Пермь, 07–11 октября 2019 года.
30. Вакцинопрофилактика ветряной оспы: актуальность проблемы/ С.В. Николаева, О.О. Погорелова, Ю.Н. Хлыпкова, А.В. Горелов // Медицинский совет. – 2020. - №10. – С.28-33.
31. М.В. Ермоленко, И.В. Михеева, Е.М. Воронин, Т.С. Салтыкова, Н.М. Афолина Вакцинопрофилактика ветряной оспы: тактика и перспективы // Инфекция и иммунитет. 2012. №1-2.

32. Обоснование и опыт использования вакцины для профилактики ветряной оспы в г. Волгограде/Л.В. Крамарь, А.А. Арова, Е.А. Сейкина, А.М. Алюшин// Вопросы современной педиатрии. – 2012. -Т. 11, №3. -С. 79-82.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ АНТИМИКРОБНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ

М.А. Алиева - студент 3 курса 10 группы педиатрического факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Б.М. Саидова

Актуальность. Токсоплазмоз является широко распространенной паразитарной инвазией. Основной путь заражения – алиментарный: при заглатывании ооцист с пищей, водой, а также при употреблении в пищу сырых или термически недостаточно обработанных продуктов, содержащих цисты токсоплазм.

Входными воротами могут быть слизистые оболочки полости рта и зева. Об этом свидетельствует обнаруженная рядом исследователей, корреляционная связь между инфицированностью токсоплазмами и стоматитами, а также случаи выделения токсоплазм из слюны, миндалин (Шевкунова Е.А., Бронштейн Ж.А. и др., 1984, Шевкунова Е.А., 2006). Это предполагает участие факторов неспецифической защиты полости рта, в частности фагоцитоза, в патогенезе приобретенного токсоплазмоза.

Фагоцитоз при токсоплазмозе является серьезным препятствием на пути проникновения токсоплазм в организм. Тем не менее, микробицидный потенциал фагоцитирующих клеток при этой инвазии не столь эффективен, т.к. токсоплазмы находят убежище от антител внутри макрофагов и используют для выживания ту же стратегию, что и внутриклеточно паразитирующие бактерии (Хаитов Р.М., 2015).

При ряде инфекционных заболеваний, в частности при бруцеллезе, выявлена корреляционная связь показателей функционально – метаболической активности лейкоцитов крови и слюны, что предполагает возможность использования последнего субстрата для оценки состояния неспецифической резистентности организма (Саидова Б.М., 2005).

Функционально – метаболическая активность лейкоцитов слюны при приобретенном токсоплазмозе практически не изучена.

В связи с этим, **целью нашего исследования** было изучить функционально – метаболическую активность слюны и крови при приобретенном токсоплазмозе.

Материал и методы. Нами было проведено параллельное изучение фагоцитарной активности лейкоцитов крови и смешанной слюны у 20 человек с хроническим приобретенным токсоплазмозом (20 чел.) и у 20 здоровых людей. Фагоцитарную активность лейкоцитов (ФАЛ)

и фагоцитарное число (ФЧ) определяли по общепринятой методике (Серебрянский И. Я., Антонов М.А., 1960), НСТ – тест в крови и слюне по методике Stuart J. et al в модификации Грабовского В.С. (1996).

Результаты исследования. Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица

Показатели фагоцитоза лейкоцитов крови и смешанной слюны у больных хроническим приобретенным токсоплазмозом и группы здоровых людей

Параметр	Хронический приобретенный токсоплазмоз		Здоровые люди	
	крови n=20	слюны n=20	крови n=20	слюны n=20
ФАЛ через 30 мин	77,0±2,4	78,3±2,1	73,9±2,1	74,6±2,7
ФАЛ через 60 мин	79,5±2,4	80,3±2,1	77,5±2,05	80,5±2,3
ФАЛ через 120 мин	78,0±2,4	79,0±2,2	75,65±1,0	78,8±2,3
ФЧ через 30 мин	7,3±0,5	4,4±0,5	6,7±0,5	2,8±0,5
ФЧ через 60 мин	8,1±0,6	5,3±0,5	8,15±0,5	4,5±0,5
ФЧ через 120 мин	7,8±0,6	4,9±0,5	6,9±4,5	2,9±0,4
НСТ - тест	19,0±1,4	14,3±1,1	14,6±1,6	8,3±1,0

Как видно из таблицы изучение фагоцитарной активности лейкоцитов в процессе 2-х часового фагоцитоза показал, что ФАЛ лейкоцитов крови и смешанной слюны у инфицированных токсоплазмозом и у здоровых людей практически не отличался ($P < 0,05$).

Полученные результаты показали, что ФЧ лейкоцитов слюны в процессе 2-х часового фагоцитоза у лиц, инфицированных токсоплазмозом был выше, чем у лиц контрольной группы ($4,4 \pm 0,5$; $5,3 \pm 0,5$ и $4,9 \pm 0,5$ против $2,3 \pm 0,4$; $4,5 \pm 0,5$ и $2,9 \pm 0,4$). Достоверная разница этого показателя лейкоцитов слюны получена у лиц с хроническим приобретенным токсоплазмозом и у здоровых людей при 30 минутном и 2-х часовом фагоцитозе ($P < 0,05$).

Как видно из таблицы показатель НСТ – лейкоцитов крови больных хроническим приобретенным токсоплазмозом на 30% больше этого показателя у лиц контрольной группы, но статистически достоверной разницы не получено ($19,0 \pm 1,4$ против $14,6 \pm 1,6$; $p > 0,05$). В то же время показатель НСТ – теста с лейкоцитами слюны у лиц, инфицированных токсоплазмами был достоверно выше, чем у лиц контрольной группы ($14,3 \pm 1,1$ против $8,3 \pm 1,0$; $p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, у больных с хроническим приобретенным токсоплазмозом отмечается достоверное повышение функционально – метаболической активности лейкоцитов слюны (ФЧ, НСТ – тест), по сравнению с показателями контрольной группы.

Проведенные параллельные исследования по изучению функционально – метаболической активности лейкоцитов крови и слюны выявили одинаковую направленность и информативность этих показателей, что предполагает возможность использования лейкоцитов слюны в клинической практике для оценки неспецифической резистентности организма.

Список литературы

1. Медицинская микробиология под ред. В.И. Покровского. М.: ГЭОТАР, Медицина- 1998, 1183 с.
2. Саидова Б.М. Клинико – патогенетическая оценка неспецифической резистентности у больных бруцеллезом и диагностика ее нарушений. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Нальчик, 2004, 22 с.
3. Шевкунова Е.А., Бронштейн Ж.А., Лукьянова Т.А. Токсоплазмозные стоматиты у детей //Педиатрия – 1984 - №9, с. 53-56.
4. Хаитов Р.М. Иммунология. ГЭОТАР. Медиа, 2015, 521 с.
5. Шевкунова Е. А. История изучения токсоплазмоза в Советском Союзе. «Большая Российская энциклопедия», М.:2006, 207 с.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭНТЕРОВИРУСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ МИГРАНТОВ

М.А. Блохинова – студент 502 гр. медико-профилактического факультета

Кафедра эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель – к.б.н. О.И. Канаева

Актуальность. Значимость энтеровирусных инфекций (ЭВИ) определяется широким распространением, высокой контагиозностью, наличием бессимптомного вирусоносительства, возникновением вспышечной заболеваемости, отсутствием специфических профилактических мер, большим количеством устойчивых к ЭВИ возбудителей во внешней среде, возможностью полиморфных клинических проявлений, а также тяжелые последствия, вплоть до летального исхода. Из-за высокой генетической изменчивости энтеровирусов (EV) могут появиться новые высокопатогенные эпидемические штаммы. Эпиднадзор за энтеровирусами рассматривается как неотъемлемая часть Программы ликвидации полиомиелита.

Интенсивность миграционных потоков в Россию из стран ближнего и дальнего зарубежья, в том числе тех, где все еще циркулируют дикие вирусы полиомиелита, создает реальную опасность завоза вируса в страну.

Цель исследования. Выявление эпидемически значимых энтеровирусов у здоровых детей, прибывших из неблагополучных по полиомиелиту регионов (республики Таджикистан)

на территориях, курируемых Санкт-Петербургским региональным центром в 2021 году.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась в лаборатории регионального центра по эпидемиологическому надзору за полиомиелитом, расположенного на базе ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера». Исследовано 60 изолятов энтеровирусов, выделенных от здоровых детей в возрасте до 5 лет, прибывших из эндемичных по полиомиелиту территорий и обратившихся за медицинской помощью в ЛПУ. Выделение ЭВ проводилось на трех культурах клеток специалистами центра [2]. Идентификация и анализ штаммов энтеровирусов проводились с использованием молекулярно-биологических методов [3,4] и филогенетического анализа с использованием программы MEGA6. РНК энтеровирусов выявляли методом ПЦР с обратной транскрипцией.

Полученные продукты ПЦР определяли методом электрофореза в агарозном геле, далее проводили очистку. Для установления типа ЭВ проводилось секвенирование по Сэнгеру, с последующим сравнением с последовательностями, представленными в базе данных GenBank.

Результаты исследования. За 2021 год было исследовано Региональным центром было исследовано 1176 проб фекалий от детей групп риска, прибывших из эндемичных, неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий). Процент отрицательных из них составил 89,7%.

При молекулярно-эпидемиологическом исследовании установлен тип для 57 ЭВ, выделенных от детей мигрантов: EVA71-1, EVB80-1, EVA89-1, EVA 90-2, EVC99 – 1, CoxA2 - 1, CoxA3-1, CoxA8-3, CoxA10-3, CoxA13-1, CoxB4-4, CoxB5-4, ЕСНО3-2, ЕСНО 6-5, ЕСНО7-1, ЕСНО11-6, ЕСНО13-5, ЕСНО 14-5, ЕСНО20-4, ЕСНО25-3, ЕСНО29 - 3. Выделенные энтеровирусы относились к трем видам: А, В, С. Соотношение вирусов видов ЭВА: ЭВВ: ЭВС составило 19,14 %:76,61 %:4,25 %. Энтеровирусы CoxA13, EVA89, EVA90, EVB80, EVC99 ранее не выделялись на территории Северо-Западного региона от детей, которые постоянно в нем проживают.

Если сравнить спектр ЭВ выделенных среди мигрантов и детей Постоянно проживающих, то мы увидим неоднородное распределение: Среди мигрантов преобладают ЕСНО вирусы, а среди детей региона CoxA и В.

С помощью сравнения нуклеотидных последовательностей можно определить родство между разными группами вирусов, как на межвидовом, так и внутривидовом уровне. Филогенетический анализ показал, что даже те ЭВ, которые циркулируют на территориях РФ, отличаются от вирусов, выделенных от детей мигрантов. Например, ЭВ ЕСНО6, выделенные от детей мигрантов, оказались генетически родственными со штаммами из Ирана. Штаммы вируса ЕСНО11 генетически отличались от штаммов, представленных в GenBank. Это свидетельствует о происходящей динамичной эволюции, которая приводит к чрезвычайному

генетическому разнообразию вновь появляющихся штаммов. Однако, на данный момент мы не можем отследить эволюционный процесс по причине отсутствия данных о циркуляции штаммов прошлых лет.

Выводы. Постоянный мониторинг ЭВ, выделяющихся у детей, прибывающих из районов, неблагоприятных для полиомиелита, позволяет поддерживать статус региона, свободного от полиомиелита. Вирусы, выделяемые от детей мигрантов, отличаются от вирусов, циркулирующих в регионе. Таким образом, на развитие эпидемического процесса ЭВИ оказывает влияние миграционная активность населения.

Список литературы.

1. Двадцать лет работы в Глобальной программе ликвидации полиомиелита. СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2018. – 88 с.

2. Руководство по лабораторным исследованиям полиомиелита. ВОЗ, Женева. 4е изд. - 2005. - 112 с.

3. Bessaud M., Jegouic S., Joffret M.-L., Barge C., Balanant J., Gouandjika-Vasilache I., Delpeyroux F. Characterization of the genome of human enteroviruses: Design of generic primers for amplification and sequencing of different regions of the viral genome. Journal of Virological Methods, 2008, vol. 149, no. 2, pp. 277–284.

4. Nix W.A., Oberste M.S., Pallansch M.A. Sensitive, seminested PCR amplification of VP1 sequences for direct identification of all enterovirus serotypes from original clinical specimens. J. Clin. Microbiol., 2006, vol. 44, no. 8, pp. 2698–2704.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С **К.К. Перминова, А.Р. Торопова – студенты 503 группы, лечебного факультета** *Кафедра инфекционных болезней*

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель - к.м.н. В.В. Сапожникова

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения заболеваемость гепатитом С составляет 150 млн. человек. Россия относится к регионам с достаточно высоким процентом инфицирования вирусом гепатита С относительно других регионов мира. В Российской Федерации и Кировской области ежегодно отмечается рост заболеваемости хроническим вирусным гепатитом С 39-40 случаев на 100 тысяч населения.

Цель исследования. оценить клинико-эпидемиологические особенности и эффективность схем этиотропного лечения у больных с хроническим вирусным гепатитом С.

Материалы и методы исследования. Обследованы 36 пациентов с HCV-инфекцией в возрасте 26-85 лет (средний возраст $49,5 \pm 14,6$ лет), из них 22 женщины (61,1%) и 14 мужчин

(38,9%). Больные находились на диспансерном наблюдении КОГБУЗ «Кировская городская больница №5». Диагноз «хронический вирусный гепатит С» был поставлен на основании эпидемиологических, клинико-анамнестических данных, обнаружения количества и генотипа HCV в крови методом ПЦР. Анамнез заболевания получен со слов больных, включал анализ амбулаторных карт пациентов. Оценивались результаты УЗИ органов брюшной полости и эластометрии печени (FIBROSCAN). Статистическая обработка количественных данных выполнялась с помощью StatSoftStatistica v 10.0. Обработка качественных показателей проводилась с вычислением относительных величин (%), при анализе количественных показателей при нормальном распределении вычислялось среднее арифметическое значение (М) и стандартное отклонение (σ). При отличном от нормального распределения данных вычислялись медиана (Me), квантили (Q 25,00 и Q 75,00).

Результаты исследования. У всех больных (100%) в анамнезе отмечены факты искусственной передачи заболевания, у 5,5% пациентов возможна передача половым путем. Часто больные указывали на операции (36,1%), посещения стоматолога (52,7%), переливания крови (19,4%), реже - татуировки (30,5%), аборт (41,6%), аварийные ситуации при работе в сфере медицины (5,6%), наркотики – 5,6%, донорство – 13,8% маникюр (13,8%). Наличие курса вакцинации против вирусного гепатита В отмечено у 36,1 % больных, остальные пациенты (63,9%) направлены на вакцинацию. Давность диспансерного наблюдения пациентов в среднем составила 2,0 (0,0;5,0) лет. Пациенты предъявляли жалобы на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье (83,3%), жалобы на горечь во рту и кожный зуд (22,2%). Признаки декомпенсированного цирроза печени: гепатоспленомегалия, синдром холестаза, синдром печеночно-клеточной недостаточности, гиперспленизм отмечены у 1 пациента (2,8%). При интерпретации данных ОАК больных среднее содержание эритроцитов составило $4,79 \pm 0,60 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 141,0 (128,0;154,0) г/л, лейкоцитов – $5,05 \pm 1,81 \times 10^9/л$, тромбоцитов – $194,7 \pm 66,8 \times 10^9/л$. У 36,1 % выявлена тромбоцитопения ($126,5 \pm 38,1 \times 10^9/л$). Повышенные уровни трансаминаз составили АЛТ 85,9 (14,3; 248,2) Ед/л, АСТ – 71,6 (40,3; 126,1) Ед/л. Оценены уровни общего билирубина – 16,1 (10,7; 16,9) мкмоль/л, глюкозы – 5,8 (5,4;6,6) ммоль/л, ПТИ – 96,1 (85,5;109,5)%, альбумина $41,1 \pm 5,11$ г/л, креатинина ($78,9 \pm 15,2$ мкмоль/л), ТТГ – 1,9 (1,3;2,9) мМЕ/мл, антиТПО – 1,2 (0,6;2,6) МЕ/мл, а также онкомаркеров – альфафетопротеина (3,9 (2,8;6,2) Ед/мл) и СА 19-9 (19,4 (11,7;27,9) Ед/мл). Повышенный уровень глюкозы определен у 25,0% (7,5 (6,6;8,4) ммоль/л), понижение ПТИ – у 13,9% ($57,0 \pm 15,6\%$), понижение альбумина – у 8,3% ($29,3 \pm 3,9$ г/л), повышение СА-19-9 – у 8,3% ($43,6 \pm 7,6$ Ед/мл), повышение альфафетапротеина – у 13,8% ($11,2 \pm 2,53$ мМЕ/мл), повышение ТТГ -у 11,1% ($9,8 \pm 2,28$ мМЕ/мл), повышение антиТПО – у 13,9% (19,9 (13,7;274,5) МЕ/мл. По количественному методу (ПЦР крови) определена высокорепликативная фаза (72,2%, 730000 (510000; 1700000) МЕ/мл), и низкорепликативная фаза (27,8%, 66000 (45000;85000) МЕ/мл).

Наиболее часто у пациентов определены генотипы вируса гепатита С: 1a – 2,8%, 1b – 61,0%, 2 генотип – 5,6%, 3a генотип – 30,6%. По УЗИ выявлены размеры правой доли в среднем составили 144,4±16,34 мм * 114,4±10,18 мм, левой доли – 83,4±11,26 мм * 70,4±11,02 мм, хвостатой доли – 29,6±5,65 мм. Признаки гепатомегалии по УЗИ определены у 61,1% - по размерам правой доли 161,9±9,29 мм * 129,4±3,15 мм, по размерам левой доли – 114,6±6,5 мм * 74,9±10,4 мм, по размерам хвостатой доли – 34,7±2,01 мм. По данным фиброэластометрии печени определены стадии фиброза печени по шкале METAVIR: F0 – 2,8% (3,6 кПа), F1 – 27,8% (5,5±0,51 кПа), F2 – 30,6% (8,2±1,03 кПа), F3 – (16,6%, 10,7±0,82 кПа), F4 – (22,2%, 15,3 (13,3;42,2) кПа). Лечение альгерон+рибавирин получали 11,1% больных, терапию софосбувир+даклатасвир – 52,8%, викеира пак – 25,0%, софосбувир+велпатасвир – 11,1%. Большинство больных перенесли терапию с устойчивым вирусологическим ответом (83,3%). Нормализовались показатели эритроцитов, составило 4,66±0,62*10¹²/л, тромбоцитов – 299,47±102,87*10⁹/л, уровень АЛТ – 22,24±8,55 Ед/л, АСТ 29,58±20,51 Ед/л. Однако 13,9% пациентов в данный момент проходят повторный курс терапии в связи с реактивацией HCV-инфекции. Реактивация была после терапии безинтерфероновыми препаратами такими, как софосбувир+даклатасвир (n=3, 8,3%), викеира пак (n=1; 2,8%), софосбувир+велпатасвир (n=1; 2,8%). Терапия альгерон+рибавирин была прервана в 1 случае (2,8%) на фоне терапии побочных эффектов рибавирина – выраженной лейкопении (1,0 x10⁹/л) и анемии (гемоглобин 90 г/л, эритроциты 2,72 x10¹²/л).

Выводы. у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С в анамнезе наиболее часто встречаются аборты у женщин (41,6%), посещения стоматолога (52,7%), татуировки (30,5%), а также отсутствуют данные о вакцинации против вирусного гепатита В (63,9%). Более частыми клинико-лабораторными особенностями у больных являются: гепатомегалия (61,1%), синдром цитолиза со слабовыраженной активностью, высокореplikативная фаза (72,2%), 1b генотип (61,0%), стадия F2 по шкале METAVIR (30,6%). Внепеченочными проявлениями HCV-инфекции чаще являются тромбоцитопения (36,1%), сахарный диабет 2 типа (25,0%) и аутоиммунный тиреоидит (13,9%). При терапии безинтерфероновыми препаратами вирусологический ответ был получен у 83,3% (n=30) обследованных.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕКОТОРЫХ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ РАСТЕНИЙ ДАГЕСТАНА НА ТЕСТ-БАКТЕРИИ (S. AUREUS 209 ШТАММ И E. COLI)

**З.Р. Атаханова - студентка 2 курса 2 группы лечебного факультета
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии**

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – доц. М.С. Саидов

Актуальность. Разнообразие биологически активных веществ, содержащихся в эфиромасличных растениях, обуславливает широкий спектр их терапевтического действия и использование их как в официальной, так и в народной медицине в качестве антимикробных средств.

Противомикробное действие является одним из наиболее ценных лечебных качеств эфиромасличных растений. В зависимости от химической природы и концентрации составляющих, длительности контакта с микробной клеткой они проявляют бактериостатическое или бактерицидное действие. Механизм его состоит в деструкции цитоплазматической мембраны бактерий с последующим нарушением метаболизма, аэробного дыхания, процессов синтеза. Важно, что даже длительный контакт компонентов эфирных масел с микроорганизмами не обеспечивает выработки к ним резистентности.

В предыдущих исследованиях мы изучали антимикробное действие эфирных масел из апельсина, жасмина крупноцветкового, тмина черного и абрикоса на *S.aureus* (209 штамм) *E.coli*. Полученные результаты показали, что эфирные масла апельсина, жасмина крупноцветкового и тмина черного оказывают выраженное антибактериальное на *S.aureus* и не оказывают такого действия на культуру *E.coli*. Таким образом, на кокковую микрофлору эфирные масла действуют сильнее, чем на палочковидную.

Антимикробный эффект эфирных масел многих растений, в т.ч. и произрастающих в РД, не подтвержден микробиологическими исследованиями.

В связи с этим нами была поставлена **задача** определить чувствительность некоторых представителей микрофлоры к эфирным маслам растений Дагестана, в частности к двум видам тысячелистника – шелковистой и обыкновенной.

Материалы и методы. Было изучено действие эфирных масел тысячелистника шелковистого и тысячелистника обыкновенного на тест-бактерии *S.aureus* (209 штамм) и *E.coli*.

Влияние эфирных масел определяли на чашках Петри с АГВ, предназначенной для определения чувствительности к антибиотикам. Для этого вырезали по 3 лунки диаметром 5 мм с помощью специальной стерильной трубки. После этого проводили посев бактерий каждого вида в отдельных чашках сплошным газоном с помощью шпателя. После посева добавляли по 0,3 мл эфирного масла в каждую лунку, а в третью- в качестве отрицательного контроля - 0,3 мл физиологического раствора. Посевы инкубировали в термостате при 37⁰С в течение 24 часов.

Результаты исследования. Полученные результаты представлены в таблице.

Антибактериальное действие эфирных масел на тест-бактерии

Тест-бактерии	Эфирные масла	Контроль –

	Тысячелистника шелковистого	Тысячелистника обыкновенного	физ.раствор
S.aureus (209 штамм)	15 мм	12 мм	
E.coli			

Примечание: диаметр зоны ингибирования роста колоний (мм).

Вывод. Таким образом, эфирные масла тысячелистника шелковистого и тысячелистника обыкновенного оказывали достаточно мощное антимикробное действие на рост S.aureus, что позволяет их использовать в качестве наружного средства для лечения гнойно-воспалительных заболеваний.

Список литературы:

1. Крюков В.С., Глебова И.В. Антимикробное действие эфирных масел лекарственных растений.
2. Практическая фитотерапия. Виноградова Т.А, Гажев Б.Н., Виноградов В.М., Мартынов В.К., 1998, с.20-22
3. Халдун Обад Авадх, Бекшоков К.С., Саидов М.С. Влияние эфирных масел апельсина, жасмина крупноцветкового, тмина черного и абрикоса на рост колоний S.aureus (209 штамм) и E.coli. II Вестник Дагестанского Государственного университета, 2014, 6 вып., Естественные науки. С. 62-64.

IL-17-ОПОСРЕДОВАННЫЙ ОСТЕОКЛАСТОГЕНЕЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА. ИММУНОТЕРАПИЯ IN SILICO

К.И. Гончарик – студент 7209 гр. стоматологического факультета

Кафедра патологической физиологии

Белорусского государственного медицинского университета, г. Минск, Беларусь

Научный руководитель: ассистент Ф.Д. Яковлев

Актуальность. Хронический периодонтит представляет собой распространенное инфекционно-воспалительное заболевание, которое часто встречается среди взрослого населения и пожилых людей. Согласно оценкам ВОЗ, тяжелая форма заболевания в настоящее время затрагивает до 19% населения мира. Одним из наиболее серьезных и долгосрочных последствий хронического периодонтита является резорбция альвеолярной кости, что в конечном итоге приводит к расшатыванию и потере зубов. Недавние исследования отмечают важную роль гиперреактивности иммунной системы в патогенезе заболевания, что сопровождается повышенным уровнем экспрессии интерлейкина-17 (IL-17).

Цель исследования: описать сигнальный путь трансформации моноцитов крови в остеокласты при активации интерлейкином-17. Провести молекулярный докинг между белком-

мишенью и предполагаемыми антителами для оценки перспективы их применения в терапии заболевания.

Материалы и методы исследования. С использованием сайта IEDB для IL-17A были найдены 2 паратопа в составе В-клеточного рецептора. На основании полученных аминокислотных последовательностей с использованием веб-сервиса IMGT был осуществлен поиск подходящего гена, кодирующего тяжелую цепь потенциального антитела. Скрининг схожих последовательностей и моделирование соответствующих белков осуществлялось и использованием сервисом NCBI Blast и SwissModel. Для докинга целевого белка (PDB: 4HR9) и отобранных лигандов-антител использовалась программа HEX 8.0.0.

Результаты исследования. Первопричинным этиологическим факторов в развитии периодонтита является развитие дисбактериоза с преобладанием патогенной микрофлоры в десневой борозде или при инфицировании периодонтальной связки при пульпите. В ответ на это развивается типовой патологический процесс – воспаление, направленное на элиминацию патогенного фактора, которое сопровождается увеличением продукции иммунокомпетентными клетками цитокинов, включая IL-6, TGF- β , IL-23. Последние играют важную роль в дифференцировке Th0 в Th17-клетки, которые в указанных условиях значительно увеличивают секрецию IL-17, приводя к развитию ряда патологических процессов. IL-17 находится преимущественно в форме димера (в соответствии с субъединицами выделяют AA, BB, CC, EE, FF, AF; роль интерлейкина-DD и его механизмы действия остаются невыяснены). В контексте остеокластогенеза наибольшее значение имеют IL-17AA, IL-17AF, IL-17FF и соответствующий рецептор IL-17RA/C. IL-17 связывается с соответствующей субъединицей A своего рецептора на поверхности моноцитов (макрофагов), после чего объединяется с субъединицей C, образуя гетеродимер. К данному комплексу рекрутируется и фосфорилируется белок Act1, активная форма которого является убиквинтин-лигазой. Присоединяющийся впоследствии TRAF6 подвергается убиквинтированию по остатку Lys63, что сопровождается фосфорилированием TAK1 (TGF- β -активируемая киназа 1), обладающей киназной активностью. Данная киназа приводит ковалентной модификации β -субъединицы IKK-комплекса (ингибитор κ B-киназы) и I κ B (ингибитор NF- κ B). Присоединение фосфатной группы к последнему индуцирует его фосфорилирование с последующей протеосомальной деградацией репрессирующего фрагмента, что, в свою очередь сопровождается активацией транскрипции соответствующих генов. Кроме того, TAK1 активирует митоген-активируемые протеинкиназы: MAPK1, MAPK3, MAPK14, которые участвует в дерепрессии AP-1 (активирующий белок-1) и NfATc1 (ядерный фактор активации Т-клеток семейства C1). Транслокация указанных факторов в ядро индуцирует транскрипцию соответствующих генов, в частности RANK (рецептор активатора NF- κ B). Рецепторы к IL-17 имеет ряд других клеток, включая остеобласты, в которых происходит усиление экспрессии RANKL. Взаимодействие

последних с RANK (непрямое действие в механизме остеокластогенеза) на поверхности мононуклеарных фагоцитов дополнительно активирует сигнальные пути NF-κB и MAPK, что приводит к их фенотипической поляризации в остеокласты, выживанию и активации процессов резорбции костной ткани.

Одним из наиболее современных и активно развивающихся методов таргетного лечения является иммунотерапия с применением антител, обладающих высокой селективностью в отношении специфического лиганда. Для определения потенциальных белков-ингибиторов, структура В-клеточного рецептора к IL-17A была проанализирована для выявления фрагментов, вносящих наибольший вклад в межмолекулярные взаимодействия с соответствующим эндогенным лигандом. Таким образом, были выявлены следующие 2 аминокислотные последовательности: ARDLINGVTRN, QTYDPYSVV. На основании последних, с использованием веб-сервиса IMGT был осуществлен ретроспективный поиск гена, кодирующий структуру варибельного V-домена тяжелой цепи IgG, имеющий соответствующую нуклеотидную последовательность. С учетом полученной кодирующей цепи был проведен скрининг для выявления генов, имеющих при выравнивании наибольшую степень сходства. Таким образом были получены 52 различные нуклеотидные последовательности, которые были применены для построения белковых молекул с использованием веб-сервиса SwissDock в формате pdb., представляющих собой потенциальные антитела. Оценка энергии связывания при белок-белковых взаимодействиях между IL-17A и подходящими лигандами осуществлялась в программе HEX 8.0.0. При расчет энергии учитывались конформационные и электростатические взаимодействия между белками, а также DARS (позволяет сгенерировать наиболее вероятные варианты связывания на основании данных известных комплексов). В качестве ориентира для оценки полученных данных, использовались результаты, полученные при проведении докинга между IL17A и субъединицей A своего рецептора (-189,8 ккал/моль). Более высокая аффинность отмечалась у 4 белков: -190,99 ккал/моль (PDB: 4XHJ), -194,14 ккал/моль (PDB: 6RCV), -194,66 ккал/моль (PDB: 7PHU), максимальное значение – -218,9 ккал/моль (PDB: 7PS3). Данные соединения потенциально могут оказывать ингибирующий эффект в отношении IL-17A, таким образом элиминируя патогенетический фактор при ряде аутоиммунных заболеваний, а также в случае хронического периодонтита.

Выводы. IL-17 играет важную роль в дифференцировке моноцитов и макрофагов в остеокласты путем индукции NF-κB и MAPK-зависимых факторов транскрипции. Различные звенья каскадного механизма передачи сигнала при активации данного процесса могут служить мишенями для дизайна соответствующих лекарственных средств. IL-17, а также его рецептор, могут использоваться в таргетной иммунотерапии с применением

высокоселективных антител. Таким образом, ингибиторы остеокластогенеза могут быть использованы для патогенетической терапии хронического периодонтита.

ВЛИЯНИЕ НАНОКОМПОЗИТОВ СЕРЕБРА НА ОСНОВЕ ГУМИНОВЫХ ВЕЩЕСТВ НА БАКТЕРИИ С РАЗНЫМ СТРОЕНИЕМ КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ

Д.М. Шункова - студент группы 4806 медико-биологического факультета

Кафедра микробиологии и вирусологии

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава РФ, Томск, Россия

Научные руководители - д.м.н., проф. М.Р. Карпова, ассистент кафедры И.В. Лысенко

Актуальность. Гуминовые вещества – это органические соединения, которые образуются в почве из растительных и животных остатков под действием микроорганизмов и кислорода воздуха. Продукты гумификации широко используются в производстве средств для косметических и медицинских целей, однако наличие антибактериальных свойств гуминовых веществ изучено достаточно слабо. Эпоха антибиотикорезистентности привела к острой необходимости поиска антимикробных средств нового поколения. Кандидатом на эту роль может стать комплекс гуминовых веществ с наночастицами серебра. Вместе они формируют выгодную комбинацию антитоксических свойств гуминовых веществ и антимикробных свойств металла.

Цель исследования. Оценить влияние наноконпозитов серебра на основе гуминовых веществ на бактерии.

Материал и методы исследования. В работе использовались наноконпозиты серебра на основе гуминовых веществ (CHP-F-Ag, CHP-pHQ-F-Ag). Вещества синтезированы на базе химического факультета МГУ и в рамках сотрудничества переданы СибГМУ для изучения их противомикробного действия.

Исследовали музейные штаммы микроорганизмов с разным строением клеточной стенки: *Escherichia coli*, ATCC 25922, грамотрицательный микроорганизм; *Staphylococcus aureus*, ATCC 25923, грамположительный микроорганизм.

Исследование проводили в 96-луночном плоскодонном полистироловом планшете "Cell Culture Plate", SPL Life Sciences Co., Ltd. Использовали суточную чистую культуру вышеупомянутых бактерий, выращенную на агаре Мюллера-Хинтона, "OXOID", Великобритания. Жидкой питательной средой выступил бульон Мюллера-Хинтона, "OXOID", Великобритания. Концентрацию микроорганизмов определяли по оптической плотности взвеси на денситометре "DEN-1B", "Biosan". В исследовании использовали взвесь микроорганизмов, оптическая плотность которой составляла 2 единицы по Мак-Фарланду ($6,0 \times 10^8$ КОЕ/мл) без учёта чистого бульона.

Нами была использована методика определения минимальной подавляющей

концентрации.

В лунки планшета вносили изучаемое гуминовое вещество и 0,9%-й раствор натрия хлорида в различных концентрациях, 142 мкл чистого бульона Мюллера-Хинтона и 25 мкл бактериальной взвеси. В качестве отрицательного контроля выступали лунки без добавления гуминовых веществ. Инкубировали 24 ч при 37 °С. Наличие роста бактерий оценивали по оптической плотности содержимого лунок на многоканальном спектрофотометре, длина волны 620 нм. Результаты измерений представляли в виде среднего арифметического значения и стандартного отклонения и сравнивали со значениями контрольных лунок.

Чтобы выяснить механизм противомикробного действия изучаемых веществ – бактерицидный или бактериостатический, – был произведён посев содержимого каждой лунки на агар Мюллера-Хинтона.

Распределение признаков было нормальным, поэтому наличие различий между оптической плотностью контрольных и опытных лунок оценивали с помощью Т-критерия Стьюдента. При достижении 1%-го уровня значимости различия считали достоверными. Каждая концентрация гуминовых веществ вносилась в четырёх технических повторностях. Было проведено 4 эксперимента.

Результаты исследования. Гуминовые вещества обладают интенсивной тёмной окраской. С учётом этой особенности мы анализировали оптическую плотность опытных лунок за вычетом оптической плотности чистых гуминовых веществ соответствующей концентрации.

Для *E. coli* была определена МПК СНР-F-Ag – 700 мг/л: оптическая плотность уменьшилась в 12,9 раз по сравнению с оптической плотностью контрольных лунок ($1,133 \pm 0,033$) уже при дозе 300 мг/л ($0,088 \pm 0,023$). Посев на агар показал МПК, равную 700 мг/л, при этом снижение интенсивности роста началось с дозы, равной 400 мг/л.

Измерение оптической плотности лунок со *S. aureus* и СНР-F-Ag не продемонстрировало каких бы то ни было эффектов при возрастающих дозах исследуемого вещества. Рост бактерий на агаре снижался, начиная с 600 мг/л, но полностью подавлен не был.

Действие СНР-pH-Q-F-Ag на *E. coli* слабее: это подтвердили и изменение оптической плотности в 5,9 раз при дозе 500 мг/л (оптическая плотность контрольных лунок $1,156 \pm 0,034$; оптическая плотность лунок при дозе 500 мг/л $0,193 \pm 0,019$), и отсутствие антимикробного эффекта при посеве на агар. При концентрации СНР-pH-Q-F-Ag 800 мг/л в 50% случаев рост был полностью подавлен.

Оптическая плотность *S. aureus* под влиянием СНР-pH-Q-F-Ag менялась зигзагообразно. Посев на агар демонстрировал снижение интенсивности роста уже при концентрации 100 мг/л. Эффект подавления роста становился более выраженным при дозе ГВ 700 мг/л.

Выводы. Выявлен бактерицидный эффект нанокомпозита серебра на основе

гуминового вещества СНР-F-Ag на E. coli и бактериостатический эффект вещества СНР-pH-Q-F-Ag на E. coli и S. aureus. Таким образом, нанокмозиты серебра на основе гуминовых веществ являются перспективными кандидатами для получения медицинских материалов с антимикробным действием.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-65-47052.

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Т.А. Фрайфельд – ординатор

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Научные руководители - д.м.н., доцент Ю.Б. Хаманова, к.м.н, доцент Т.В. Калугина

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция (НКВИ) – респираторное инфекционное заболевание, вызываемое новым коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома 2 (SARS-COV-2). Данная инфекция характеризуется гетерогенным течением заболевания, варьирующим от бессимптомных и легких форм до более тяжелых и летальных исходов. НКВИ регистрируется во всех возрастных группах детей, включая и новорожденных В 2020 году на долю детей приходилось 10,7% от всех зараженных в России. В 2021 году – 10,5%, т.е. каждый десятый инфицированный – ребенок. Ретроспективный анализ всех случаев подтвержденной COVID-19 у детей за этот период в Российской Федерации показал, что у большинства новая коронавирусная инфекция протекала в легкой форме (49,9%). У 32,3% маленьких пациентов было подтверждено бессимптомное течение. Тяжелую форму болезни у детей регистрировали лишь в 0,2% всех случаев, что существенно ниже, чем у взрослых. Также более редко по сравнению со взрослыми отмечаются лимфопения и выраженные изменения лабораторных показателей, характеризующих воспалительные процессы. Наибольшая доля среднетяжелых и тяжелых форм болезни встречалась у детей в возрасте до 1 года.

Цель исследования – оценить клиническую картину новой коронавирусной инфекции у детей раннего возраста, госпитализированных в инфекционное отделение ГАУЗ СО ГКБ №40 г. Екатеринбург в 2021 году.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 детей с диагнозом новая коронавирусная инфекция, госпитализированных в инфекционное отделение ГАУЗ СО ГКБ № 40 г. Екатеринбурга в 2021 году. Исследование проводилось проспективным сплошным путем со смещенной выборкой с анализом клинико-лабораторных данных, выполненных согласно временным клиническим рекомендациям.

Результаты исследования. Выявлен ряд особенностей развития и течения COVID-19 у детей. К ним относятся:

- 1) Дети имеют сниженный риск заражения вследствие меньшего числа международных поездок, общения и передвижений.
- 2) У детей более активный врожденный иммунный ответ.
- 3) Имеет место благополучное состояние слизистой дыхательных путей из-за отсутствия губительного воздействия сигаретного дыма и загрязнения воздуха
- 4) Меньшее количество хронических заболеваний в отличие от взрослых.
- 5) Различие в распределении, созревании и функционировании ангиотензин-превращающего фермента (АПФ2), являющегося дополнительно рецептором для проникновения вируса в клетку.

В наблюдаемой группе детей диагноз «Новая коронавирусная инфекция COVID-19» был подтвержден методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР). Из них легкое течение заболевания наблюдалось у 16 детей (53%), в клинической картине у которых преобладали катаральные явления, у 11 (36%) детей заболевание протекало в среднетяжелой форме, 3 (11%) ребёнка имели тяжелое течение COVID-19 с проявлениями дыхательной недостаточности. Среди госпитализированных пациентов преобладали лица мужского пола (53%), лица женского пола составляли 47%. Большинство детей, поступивших в стационар, имели также сопутствующие заболевания:

Заболевания	Дети до года, %	С 1 года до 17 лет, %
Заболевания сердечнососудистой системы	11	2
Хронические заболевания легких	4	3
Иммунодефицитные состояния	7	1
Нарушение питания	20	12
Заболевания печени и почек	11	6
Заболевания нервной системы	-	5
Другие заболевания	2	1,5

Госпитализация пациентов в инфекционное отделение ГАУЗ СО ГKB № 40 проводилась в среднем на 6,5 день болезни, чаще всего на 7-10 день заболевания (33%), на 1-3 день (27%), на 4-6 день (27%) и больше 10 дней (13%), чаще всего выписка осуществлялась на 4-8 госпитализации при полном клиническом выздоровлении пациентов.

Стартовые лабораторные показатели характеризовались умеренным лейкоцитозом (26,7%) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитозом - у 4 пациентов, лейкопенией - у 6,7%, незначительное повышение уровня С-реактивного белка отмечалось у 4 пациентов, увеличение крeтинфосфокиназы (КФК) - у 2 человек. В период реконвалесценции отмечалось сохранение умеренного лейкоцитоза, нормализация уровня тромбоцитов, в биохимическом анализе крови - нормализация уровня СРБ, КФК.

Для купирования клинических симптомов были назначены противовирусные препараты 87% детей, антибактериальные препараты (цефалоспорины 3 поколения, макролиды) 67% детей средним курсом на 6,3 дней, глюкокортикостероиды (дексаметазон) 34% в дозировке 1-4 мг/кг средним курсом на 4,6 дней, симптоматическая терапия в 100% случаев.

Выводы:

1) Увеличение доли среднетяжелых форм в 2021 году у детей всех возрастов связано с появлением преобладанием в циркуляции дельта штамма коронавируса.

2) Развитие пневмонии сопровождается достаточно выраженной клинической картиной: фебрильная лихорадка, кашель, изменение аускультативной картины, у части пациентов снижение сатурации.

3) Тяжелые формы НКВИ чаще отмечались у детей 1 года жизни с измененным преморбидным фоном.

Проведение комбинированной терапии, включающая противовирусные средства, ГКС и антикоагулянты у детей с поражением легких приводило к благоприятному исходу заболевания.

РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ У ПЕРСОНАЛА ИНФЕКЦИОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ (НА ПРИМЕРЕ COVID-19)

И.А. Егоров – младший научный сотрудник

Федеральное бюджетное учреждение науки «Федеральный научно-исследовательский институт вирусных инфекций «Виром» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Екатеринбург, Россия

Научные руководители – к.м.н. С. С. Смирнова, д.б.н. А. В. Семенов

Актуальность. В условиях пандемии COVID-19 персонал инфекционных госпиталей стал наиболее уязвимой и незащищенной группой населения [1]. Распространенность COVID-19 среди данной профессиональной группы составляет от 7 до 16% [2,3], а показатель

заболеваемости превышает таковой у пациентов до 63,9 раз [4].

Цель исследования – Оценить риск инфицирования SARS-CoV-2 работников инфекционных госпиталей и предложить систему управления выявленными рисками

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в рамках НИР «Изучение эпидемического процесса и профилактика вирусных инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» (рег. № ННКОТР 121040500099-5). В анализе использованы данные опросных листов персонала инфекционных госпиталей (372 шт.), результаты исследований вирусно-бактериальной контаминации средств индивидуальной защиты (СИЗ) работников инфекционного госпиталя (101 шт.).

При анализе полученных данных применяли общепринятые статистические приемы. Расчет показателей заболеваемости COVID-19 работников МО проводили на 1000 работающих. Для сравнения вероятности исхода в зависимости от различных факторов рассчитывали относительный риск (relative risk, RR) и его 95% доверительный интервал (confidence interval, CI). Статистическую значимость различий оценивали по критерию Пирсона (χ^2). Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office 2010, пакета программ WinPEPI 11.65, PC Statistica 10 и онлайн-ресурса <https://medstatistic.ru/>.

Результаты исследования. Среди персонала инфекционного госпиталя подавляющее большинство составили женщины – 79,8%. В профессиональной структуре преобладали медицинские сестры – 210 чел. (55,3%) и врачи – 73 чел. (19,2%). Каждый второй респондент (51,1%) перенес лабораторно подтвержденный COVID-19.

На момент проведения исследования охват вакцинацией против COVID-19 работников инфекционных госпиталей составил 23,9% (из них вакциной «Гам-КОВИД-Вак» были привиты 90,1%, вакциной «ЭпиВакКорона» и «КовиВак» по 4,9%). Заболеваемость COVID-19 непривитых лиц из числа персонала инфекционных госпиталей превышала таковую среди привитых в 2,9 раза (619,6 и 213,5 на 1000 работников, $\chi^2 = 44,466$, $p < 0,001$). Отсутствие вакцинации против COVID-19 увеличивало риск инфицирования в условиях работы в «заразной» зоне инфекционного госпиталя в 2,9 раза (RR – 2,9, [95%ДИ 1,927–4,370]).

Установлено, что 99,2% работников «заразной» зоны использовали средства индивидуальной защиты (СИЗ) при контакте с больными COVID-19. Полная комплектация СИЗ применялась лишь у 53,8% работников, сокращенная (отсутствовала защита либо органов дыхания, либо органов зрения) – у 21,9%, минимальная (наличие только медицинского халата и маски) – у 24,3%. Дефекты применения СИЗ в условиях «заразной» зоны увеличивали риски инфицирования персонала SARS-CoV-2 от 1,7 раза при использовании СИЗ неполной защиты органов зрения и органов дыхания (RR – 1,678, [95%ДИ 1,137-2,477]) до 2,8 – при отсутствии регулярной замены СИЗ (RR – 2,761, [95%ДИ 1,923-3,964]).

Продолжительность рабочей смены работников инфекционных госпиталей составляла: до 6 часов – у 53 чел. (13,8%), от 6 до 8 часов – у 134 чел. (34,9%), от 8 до 12 – у 62 чел. (16,1%), от 12 до 24 часов – у 134 (34,9%) сотрудников, более 24 часов – у 1 (0,3%). В ходе исследования установлено, что по мере увеличения продолжительности пребывания в «заразной» зоне риск инфицирования SARS-CoV-2 возрастал. Так, продолжительность рабочей смены до 6 часов увеличивала риск инфицирования SARS-CoV-2 в 1,6 раза (RR – 1,618, [95%ДИ 1,154-2,269]), от 8 до 12 часов – в 2,2 раза (RR – 2,173, [95%ДИ 1,526-3,095]), от 12 до 24 часов в 4,0 раза (RR – 3,946, [95%ДИ 2,947-5,283]).

Каждый второй работник инфекционного госпиталя участвовал в аэрозоль-генерирующих процедурах (АГП), в структуре которых преобладали: отбор мокроты и взятие мазков из носоглотки – 27,8%, ингаляционные процедуры – 18,9%, а также санация трахеобронхиального дерева – 9,3%. Участие в АГП пациенту с COVID-19 увеличивало риски инфицирования SARS-CoV-2 медицинского персонала в 3,1 раза (RR – 3,129, [95%ДИ 2,304-4,25]).

Средний уровень вирусно-бактериальной контаминации СИЗ персонала «заразной» зоны составил 21,9%. Наружные поверхности комбинезонов врачей были контаминированы условно-патогенными микроорганизмами (УПМ) в 50,0% случаев, уборщиков служебных помещений УПМ и SARS-CoV-2 в 44,4% и 22,2%, у медицинских сестер – в 31,6% и 21,1% соответственно. Верхняя пара перчаток врачей была контаминирована УПМ и SARS-CoV-2 в 38,9% и 11,1% случаев, у медицинских сестер – в 15,8% и 5,3% соответственно. Контаминация SARS-CoV-2 верхней пары перчаток уборщиков служебных помещений выявлена в 22,2% случаев. Прямой контакт с предметами окружающей среды, в которой находился пациент с COVID-19 увеличивал риски инфицирования персонала «заразной» зоны в 3,9 раза (RR – 3,881, [95%ДИ 2,632-5,721]).

В ходе исследования установлен риск инфицирования SARS-CoV-2, несвязанный с непосредственным выполнением профессиональных обязанностей. Так, в близком окружении персонала «заразной» зоны практически всегда присутствовали заболевшие COVID-19 из числа родственников, друзей, коллег и соседей. Первое место по частоте контакта занимали заболевшие коллеги (77,3%), второе – родственники (9,3%), третье – соседи (2,7%). Незащищенный аэрозольный контакт с заболевшими коллегами увеличивал риски инфицирования работников «заразной» зоны инфекционного госпиталя в 7,2 раза (RR – 7,159, [95%ДИ 4,582-11,187]).

Выводы

1. Профессиональный риск инфицирования SARS-CoV-2 работников инфекционных госпиталей варьировал от 1,6 до 3,9 раз и определялся наличием/отсутствием

вакцинации против COVID-19 (в 2,9 раза), дефектами применения СИЗ (в 1,7 раза) и отсутствием их регулярной замены (в 2,8 раза), длительной продолжительностью рабочей смены (в 1,6-4,0 раза), проведением аэрозоль-генерирующих процедур (в 3,1 раза), прямым контактом с предметами окружающей среды, в которой находился пациент с COVID-19 (в 3,9 раза).

2. Риск инфицирования SARS-CoV-2, несвязанный с выполнением профессиональных обязанностей у работников инфекционных госпиталей, определялся незащищенными аэрозольными контактами с заболевшими COVID-19 родственниками, друзьями, соседями и коллегами.

3. Управление рисками инфицирования SARS-CoV-2 работников инфекционных госпиталей достигается: иммунизацией персонала против COVID-19; обеспечением продолжительности непрерывной работы персонала в «заразной» зоне не более 4 часов с применением СИЗ в комплектации, соответствующей риску инфицирования; пересмотром регламентов дезинфекционных мероприятий, реализацией современных методов контроля и лабораторной оценки качества их проведения; соблюдением комплекса профилактических мероприятий в «чистой» зоне (ношение масок, антисептика рук и т.п.) в сочетании с тщательным проведением эпидемиологического расследования каждого случая заболевания, связанного с выполнением профессиональных обязанностей.

Список литературы:

1. COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes / S.A. Gomez-Ochoa, O.H. Franco, L.Z. Rojas et al. // American journal of epidemiology. – 2021. – Vol. 190, № 1. – P. 161-175. doi:10.1093/aje/kwaa191
2. Preventive Measures among Healthcare Workers (HCWs) during the COVID-19 Pandemic / R. Rodriguez-Gonzalez, A. Galloza, E.J. Medina et al. // Int J Environ Res Public Health. – 2023. – Vol. 20, №5, P. 4434 2023;20(5):4434. doi:10.3390/ijerph20054434
3. The COVID-19 Pandemic and Health and Care Workers: Findings From a Systematic Review and Meta-Analysis (2020-2021) / M. Gholami, I. Fawad, S. Shadan et al. // Int J Public Health. – 2023. – Vol. 68. – P. 1605421. doi:10.3389/ijph.2023.1605421
4. Анализ выявления и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Уральском и Сибирском федеральных округах в 2021 г. / С.С. Смирнова, И.А. Егоров, Е.В. Малкова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2022. – Т. 27, № 2. – С. 98–127. doi: 10.17816/EID109321

ФТИЗИАТРИЯ

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Е.В. Максеменюк - студентка 6 курса лечебного факультета
Кафедра фтизиатрии

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.А. Яровая

Актуальность. Приверженность лечению является одним из важных факторов, влияющих на ее эффективность. Туберкулез часто развивается у лиц неблагополучного социального статуса, что обуславливает частое несознательное их отношение к обследованию и к противотуберкулезной терапии [1, 2, 3]. Наиболее уязвимыми пациентами являются дети из семей, чьи родители не считают целесообразным придерживаться режима и методов лечения.

Цель: анализ уровня приверженности родителей противотуберкулезному лечению детей. Задачами исследования были: оценка у родителей детей с туберкулезной инфекцией основных знаний о туберкулезе и мерах его предупреждения; анализ их отношения к проведению противотуберкулезной терапии детям; определение личного отношения родителей к больным туберкулезом.

Материалы и методы. Проведен анализ 16 историй болезней детей в возрасте 2-14 лет с туберкулезной инфекцией, находящихся на лечении в туберкулезном отделении СПб ГБУЗ ДИБ №3 в течение 2022г. Фтизиатрическое обследование включало анализ данных анамнеза, результатов иммунодиагностики, лучевых и лабораторных методов исследований. Родителям пациентов было проведено анонимное анкетирование по вопросам основных сведений о туберкулезе, методах его выявления и профилактики, а также отношения к проведению противотуберкулезной терапии их детям.

Результаты. Большинство детей были привиты против туберкулеза: 89,5% пациентов с формированием постпрививочного рубчика 63,0% случаев. В туберкулезном контакте до госпитализации по установленным данными эпидемического анамнеза (из историй болезни) находились 47,0% детей. Обращало внимание, что только 25,0% родителей отметили в анкете о бывшем родственном или семейном контакте. Имели правильную информацию о туберкулезе 37,5% респондентов. О мерах выявления и профилактики туберкулеза полностью осведомлены были 31,25% опрошенных. Соблюдать необходимые условия и режим противотуберкулезной терапии готовы были только 25,0% родителей. Полностью одобряли проведение терапии своему ребенку 16,8% опрошенных.

Выводы. 1. По результатам анкетирования у родителей детей с туберкулезной инфекцией выявлен низкий уровень знаний о туберкулезе и мерах его предупреждения,

недостаточная приверженность противотуберкулезному лечению их детей. 2. Необходимо проведение разъяснительной работы с родителями детей, нуждающихся в проведении противотуберкулезной терапии.

Литература:

- Раннее выявление и профилактика туберкулеза в практике врача-педиатра. Лозовская М.Э., Васильева Е.Б., Клочкова Л.В., Степанов Г.А., Яровая Ю.А. Учебно-методическое пособие для студентов VI курса педиатрического факультета / Санкт-Петербург, 2022. Сер. Библиотека педиатрического университета
- Туберкулез. Лозовская М.Э., Васильева Е.Б., Клочкова Л.В., Степанов Г.А., Яровая Ю.А. Учебное пособие / Санкт-Петербург, 2017.
- Яровая Ю.А., Васильева Е.Б., Клочкова Л.В. Эпидемическая и социальная характеристика туберкулеза у детей. В сборнике: Материалы V Российского Форума "Здоровье детей: профилактика социально-значимых заболеваний. Санкт-Петербург - 2011". (Совместно с ГУ «Научный Центр здоровья детей РАМН») Посвящается Международному дню защиты детей. 2011. С. 218.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТАТОЧНЫХ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ 20 ЛЕТ НАЗАД И В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

А.А. Афанасьева - студентка 6 курса

Кафедра госпитальной хирургии, общей медицинской практики

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.А. Яровая

Актуальность. В настоящее время отмечается улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу благодаря внедрению в иммунодиагностику пробы с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным, в лучевую диагностику МСКТ органов грудной полости. У детей наблюдается благоприятная структура клинических форм с преобладанием ограниченного внутригрудного поражения. В то же время, часто выявление туберкулеза происходит в фазу неполного обратного развития и на этапе спонтанно сформированных остаточных посттуберкулезных изменений (ОПТИ) [3]. В связи с чем, актуальным является сравнительный анализ спонтанно сформированных ОПТИ у детей в настоящее время и 20 лет назад.

Цель: сравнительный анализ структуры, локализации, выраженности спонтанно сформированных ОПТИ у детей, скрыто перенесших туберкулез, в настоящее время и 20 лет назад.

Материалы и методы: На базе туберкулезного отделения СПб ГБУЗ ДИБ №3 проведен ретроспективный анализ 25 историй болезни детей 4-13 лет со спонтанно сформированными ОПТИ за период 2020 -20021 гг и 64 историй болезни детей 4-13 лет за период 1999-2000гг. В

2020-2021гг пациенты (основной период) были обследованы с применением МСКТ органов грудной полости, углубленной иммунодиагностики (пробы Манту, пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, по показаниям квантиферонового теста); в 1999-2000гг (период сравнения) с использованием углубленной туберкулинодиагностики (пробы Манту, градуированной кожной пробы), обзорной рентгенографии и линейной томографии органов грудной клетки.

Результаты. Обращало внимание, что дети в основной период наблюдения (2020-2021гг) были вакцинированы против туберкулёза реже (80,0% случаев), чем дети в период сравнения (1999-2000гг) – в 95,3% случаев. До обследования в туберкулезных контактах находились 40,0% детей основной группы, что в два раза больше, чем в группе сравнения (17,8% пациентов). Самопроизвольное формирование ОПТИ у детей в настоящее время, так и 20 лет назад преобладало путем образования кальцинатов в органах грудной полости: в 92,0% и в 89,1% случаев соответственно. Наиболее частой локализацией обызвествлений являлись внутригрудные лимфатические узлы, что наблюдалось в период сравнения – в 82,8% случаев и реже в основной период - в 60,0% случаев. Кальцинаты в легочной ткани чаще были визуализированы в основной период (9% случаев), чем в период сравнения (6,3% случаев). Все спонтанно сформированные ОПТИ, наблюдаемые в основной период были минимальными, в период сравнения в подавляющем большинстве случаев (98,4%).

Выводы.

1. В период 2020-2021гг отмечается благоприятная структура и выраженность спонтанно сформированных ОПТИ, как и в период 1999-2001гг.

2. Применение МСКТ органов грудной полости позволило чаще выявлять минимальные ОПТИ в легочной ткани (в период 2020-2021 гг – в 9% случаев, в период 1999-2001 гг – в 6,3% случаев).

3. Существованию скрытого резервуара туберкулезной инфекции среди детского населения способствует уменьшение количества вакцинированных детей (в период 2020-2021 гг - 80,0%) по сравнению с периодом 1999-2001 гг (95,3%), а также более частое их пребывание в туберкулезных контактах (40,0%) по сравнению с периодом сравнения (17,8%).

Литература:

1. Раннее выявление и профилактика туберкулеза в практике врача-педиатра. Лозовская М.Э., Васильева Е.Б., Ключкова Л.В., Степанов Г.А., Яровая Ю.А. Учебно-методическое пособие для студентов VI курса педиатрического факультета / Санкт-Петербург, 2022. Сер. Библиотека педиатрического университета

2. Яровая Ю.А., Романовская Т.С., Малькова М.А., Сидоренко В.М., Кубасова А.А. Сопоставление данных рентгенографии, линейной томографии и мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной полости у больных туберкулезом детей.

В сборнике: Современная педиатрия. Санкт-Петербург – белые ночи – 2018. Материалы форума. 2018. С. 94-95

3. Яровая Ю.А., Васильева Е.Б., Карпова Н.А., Силичева А.Ю.

Структура методов выявления туберкулезной инфекции у детей.

ЗНАЧЕНИЕ КОНВЕРСИИ ПРОБЫ ДИАСКИНТЕСТ У ДЕТЕЙ

Г.Э. Каримий - студентка 6 курса педиатрического факультета

Кафедра фтизиатрии

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор М.Э. Лозовская

Актуальность исследования. С 2017 года в Российской Федерации для скрининга туберкулезной инфекции у детей старше 8 лет используется проба диаскинтест (ДСТ) на основе антигенов микобактерий туберкулеза (МБТ) ESAT-6 и CFP-10. У детей младше 8 лет ДСТ применяется при наличии признаков инфицирования по пробе Манту. Однако значение конверсии этой пробы в определении туберкулезной инфекции на ранних сроках до сих пор не выяснено.

Цель исследования. Определить варианты туберкулезной инфекции (ТИ), диагностированные при конверсии (вираже) пробы ДСТ и установить, насколько выявление ТИ по конверсии ДСТ является ранним.

Материалы и методы. В исследование включено 40 детей в возрасте от 2 до 15 лет, у которых впервые наблюдался переход ранее отрицательных (одной и более) проб ДСТ в положительную. Для диагностики локальных форм туберкулеза на базе Детской инфекционной больницы №3 и Противотуберкулезного диспансера №5 проведено полное фтизиатрическое обследование, включающее компьютерную томограмму (КТ) грудной клетки. Полученные данные сопоставлены с предполагаемыми сроками инфицирования МБТ, которые определялись по длительности туберкулезного контакта и динамике проб Манту с 2 ТЕ при их наличии. Статистическая обработка данных выполнена с использованием компьютерной программы Excel. Выполняли описательную статистику. При сравнении частотных величин применяли χ^2 -критерий Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $P < 0,05$.

Результаты исследования. У детей, выявленных по конверсии ДСТ, диагностированы следующие варианты туберкулезной инфекции: 1-я группа - активные формы туберкулеза (ТБ) – 13 чел. (32, 5%), 2-я группа – здоровые дети с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ) – 18 (45,0%) и 3-я группа – 9 (22,5%) дети с впервые выявленными остаточными посттуберкулезными явлениями (ОПТИ). В каждой группе определены эпидемиологические факторы риска (очаги туберкулезной инфекции - семейные, родственные), которые

соответственно составили в 1-й группе 61,5%, во 2-й – 17% ($P<0,05$), в 3-й – 33,3%. Выраженность пробы ДСТ была различной: у детей из 1-й группы частота гиперергической реакции составила 30,8%, во 2-й – 22,2%, в 3-й – 0% ($P<0,05$). Особый интерес имеют случаи, когда в 1 семье происходит вираж ДСТ сразу у нескольких детей (изучены две таких семьи). Срок инфицирования у детей 1-й группы до конверсии пробы с АТР составил в среднем $5,5\pm1,0$ года, у 4-х (30,8%) детей признаков инфицирования до этого времени не было. Во 2-й группе срок инфицирования $6,1\pm0,9$ года, ранее не инфицированы 5 детей (27,7%). В 3-й группе средний срок инфицирования $4,4\pm0,9$ г., все дети инфицированы с прошлых лет.

Выводы. При конверсии пробы ДСТ выявляются как локальные формы туберкулеза, так и ЛТИ, а в некоторых случаях и остаточные посттуберкулезные изменения. Таким образом, конверсия ДСТ не всегда отражает ранний период ТИ. Выраженность результатов пробы с АТР зависит от активности инфекции.

Литература:

- Лозовская М.Э., Ключкова Л.В., Васильева Е.Б., Яровая Ю.А. Туберкулез у детей раннего возраста в современных условиях // Туберкулез и социально-значимые заболевания. 2018. №3. С.77-78.
- Овсянкина Е.С., Губкина М.Ф., Панова Л.В., Юхименко Н.В. Анализ эффективности кожных туберкулиновых проб для диагностики туберкулезной инфекции у детей и подростков // Вопросы практической педиатрии. 2015. Т. 10. №5. С. 36-43.
 - Яровая Ю.А., Лозовская М.Э., Ключкова Л.В., Васильева Е.Б., Степанов Г.А., Мосина А.В. Туберкулезная инфекция у детей с отрицательными реакциями на пробу диаскинтест // Педиатр. 2019. Т.10. №3. С. 37-44.

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

ОБУЧЕНИЕ МАНУАЛЬНЫМ НАВЫКАМ ОРДИНАТОРОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИМУЛЯЦИОННОЕ ТЕХНОЛОГИЙ

Е.А. Белова¹ - студентка 501 группы лечебного факультета,

А.В. Брехов² - студент БИЭ21-01

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

¹ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия,

*²ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет науки и технологий имени академика
М.Ф. Решетнева» Министерства образования и науки Российской Федерации, Красноярск,
Россия.*

Научные руководители: асс. О.А. Белова, асс., заслуженный врач РФ А.Н. Белов.

Актуальность. Современность диктует нам свои правила, и зачастую стандартных педагогических методов становится недостаточно для качественного преподавания высшего медицинского образования, особенно по узким специальностям [6]. Поэтому на нашей кафедре с недавнего времени введены занятия с применением симуляционного обучения. Работа на тренажерах позволяет ординаторам отработать внутрисуставные пункции и инъекции, а нам оценить такой вид деятельности.

Цель. Проведение анализа использования симулятора коленного сустава для отработки внутрисуставных пункций и инъекций ординаторами и выработка у них устойчивого практического навыка

Материалы и методы исследования. Обучение ординаторов на кафедре травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО строится по двум направлениям: теоретическое и иммерсивное [2, 3]. Первый метод обучения используют, как стандартную методику в первые три месяца поступления в ординатору. Обучающимся начитываю лекции и проводят практические занятия с опросами и тестированием. Иммерсивную методику обучения хорошо использовать для погружения в амбулаторную практику [4]. Работа в травмпункте на первичном приеме требует от травматолога знаний, быстроты реакции и отработанных мануальных навыков, где важно умение провести одномоментную ручную репозицию, отпунктировать гемартроз из любого сустава, обеспечить лечебную иммобилизацию. Обучение в реальных условиях в травмпункте осложнено тем, что группа состоит из 6-8 человек, и при работе с пациентом не все смогут даже принять участие в пальпации и осмотре, тем более что внутрисуставное введение иглы возможно лишь с разрешения пациента. Но даже если удачно сложатся обстоятельства клинического приема, и пациент позволит проводить обучение на его суставе, сколько нужно потратить времени на поиск такого пациента. Поэтому для обучения ординаторов применялся разработанный на

нашей кафедре симулятор коленного сустава для внутривуставных введений и пункций. Он был создан максимально анатомически (с наличием костей, мышц, связок и менисков). Но самым главным его достоинством является точное повторение всех бурс, которые снабжены датчиками, и при попадании иглы в искомую бурсу на мониторе загорается датчик, подтверждающий правильность выполнения манипуляции. В исследовании участвовало 12 ординаторов специальности «Травматология и ортопедия» Красноярского государственного медицинского университета. Для оценки эффективности было проведено обучение на симуляторе, затем у ординаторов была возможность самостоятельных занятий в течение трех месяцев для тренировок, и по итогам исходящего контроля мы получили совершенно иной результат.

Результаты исследования. Для обучения практическим навыкам использовали симулятор коленного сустава [1]. Перед его использованием с ординаторами проводится разбор теоретического материала: анатомическое строение коленного сустава, места прикрепления всех энтеровирус и расположение бурс. На водном практическом занятии каждый ординатор пытается найти все 9 наиболее часто использующихся бурс коленного сустава, используя теоретическую подготовку. В результате только 2 человека смогли определить местонахождение 50% бурс. Затем проводились ежедневные занятия по наработке мануальных навыков с отработкой анатомической особенности каждой бурсы. Через месяц проводился контроль, где 10 % обучающихся смогли верно локализовать 80% анатомических образований. Для закрепления полученных навыков ординаторам предлагалось проводить занятие по практическим навыкам для студентов, после чего исполнение мануальных навыков у ординаторов приблизилось к 100% [5].

Выводы. На основании проведенных курсов обучения была создана программа отработки практических навыков у ординаторов травматологов-ортопедов на 72 часа. В этом году эту программу мы планируем использовать при обучении ординаторов-хирургов на цикле травматологии и ортопедии для обучения их правильным мануальным навыкам.

Список литературы

1. Белова, Е. А. Применение уникальных анатомио-функциональных симуляторов суставов для реализации профессионального подхода в обучении студентов медицинских вузов / Е. А. Белова // Трансляционная медицина. – 2021. – Т. 8. – № S2. – С. 246. – EDN GKTSPX.
2. Мусаева, Т. С. Симуляционное обучение эффективного формирования навыков командной работы у ординаторов 1 года обучения / Т. С. Мусаева, И. Б. Заболотских // Инновации в образовании : Материалы XI Международной учебно-методической конференции, Краснодар, 24 марта 2021 года. Том Часть 1. – Краснодар: Кубанский государственный медицинский университет, 2021. – С. 257-260. – EDN EYRNEN.
3. Софронова, Т. Н. Симуляционное обучение как современная технология обучения

практическим навыкам оказания неотложной помощи / Т. Н. Софронова // Медицинское образование и ВУЗовская наука. – 2018. – № 2(12). – С. 66-69. – EDN XNKCSL.

4. Чернецкий, В. Ю. Коучинговый подход как инновационный метод обучения по программе ординатуры "Травматология и ортопедия" / В. Ю. Чернецкий, Г. В. Лобанов, А. В. Агарков // Университетская клиника. – 2020. – № 1(34). – С. 119-128. – DOI 10.26435/UC.V0I1(34).418. – EDN AXТАKY.

5. Элективные занятия - значимое подспорье в обучении травматологии и ортопедии / Б. А. Утегенов, Б. Л. Султангереев, З. А. Идиев, Б. И. Кушимов // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2012. – № 3(35). – С. 41-42. – EDN UITMIR.

6. An Overview of Research and Evaluation Designs for Dissemination and Implementation / С. Н. Brown [et al.] // Annu. Rev. Public Health. - 2017. - Vol. 20, № 3. - P. 1-22.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ АНАЛИЗА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ

**И.И. Самрханова, А.А. Салихова – студентки Л-503А гр. лечебного факультета,
Е.Н. Олина, В.В. Семашкова, Ш.А. Фахриев – студентк Л-504Б гр. лечебного факультета**
Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

*Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО
БГМУ Т.Б. Минасов*

Актуальность. Остеопороз – это проблема, существующая во всех развитых странах и имеющая огромную социальную и экономическую значимость для системы здравоохранения.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения среди женщин остеопороз встречается у каждой третьей, а среди мужчин – у каждого пятого в возрасте старше 50 лет.

На 2022 года в России следующие показатели заболеваемости остеопорозом: 33,8% женщин и 26,9% мужчин старше 50 лет.

Основными методами инструментальной диагностики ОП являются двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA), компьютерная томография, рентгенография костей. В настоящее время «золотым стандартом» является измерение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) – данный показатель находится в прямой связи с показателем прочности кости и риска переломов.

Для определения МПКТ также используют компьютерную томографию. Исследуется рентгеновская плотность в единицах Хаунсфилда. Преимуществом КТ является возможность оценить микро- и макроструктуры кости. Также, по сравнению с DXA, с помощью КТ можно отдельно изучить минеральную плотность в губчатом и кортикальном слоях. При этом не выявляются искажения результатов, связанные с сопутствующей патологией и другими

заболеваниями.

Цель. Исследование возможности компьютерной томографии для анализа минеральной плотности костной ткани.

Материалы и методы. В рамках исследования ретроспективно были проанализированы данные, полученные при обследовании больных на базе Клиники БГМУ г. Уфы. А именно, данные изучения минеральной плотности костной ткани и КТ-снимки. Всего 100 пациентов, 93 из которых женщины, 7 мужчин разных возрастных групп, с 30 до 85 лет. В среднем 55-70 лет.

Единственным критерием отбора было наличие или возможное наличие метаболических заболеваний скелета.

Были исследованы следующие позвонки: Th12, L1, L3, L5.

Статистическая обработка выполнена при помощи программных пакетов Microsoft Excel, STATISTICA 10. Также обработка выполнена при помощи методов описательной статистики.

Результаты. В процессе проведенного анализа было выявлено, что изучение минеральной плотности кости с помощью КТ, является таким же эффективным методом, как и денситометрия.

При обследовании Th12 позвонка было выявлено, что у пациентов с увеличением возраста, уменьшается минеральная плотность кости ($p=0,0001$). Эта корреляция наиболее характерна для лиц возраста от 60-65 до 70 лет (рис 3).

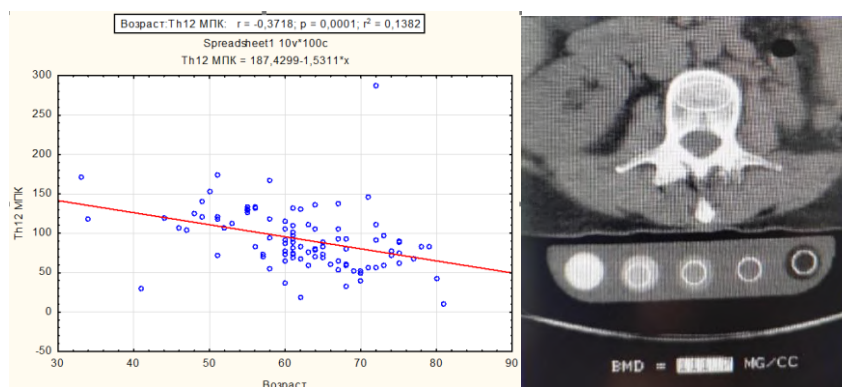


Рис.1. Параметры МПКТ 12-грудного позвонка

Рис.2. КТ - снимок 12-поясничного позвонка

Наибольший интерес в исследовании возможности КТ в изучении минеральной плотности кости представляют позвонки L1,L3,L5, также как и Th12.

МПКТ L1 также снижается в зависимости от возраста. Максимальное снижение наблюдается в 60-70 лет среди исследуемых (рис.4). Аналогичные данные характерны и для L3 ($p=0,000$) (рис.5), L5 ($p=0,0003$) позвонков (рис.6).

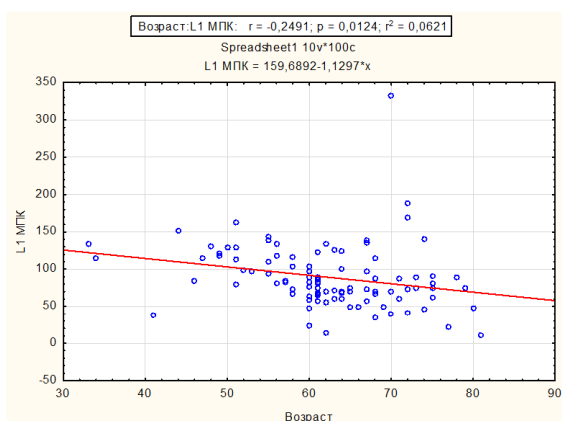


Рис.3. Параметры МПКТ 1-поясничного позвонка

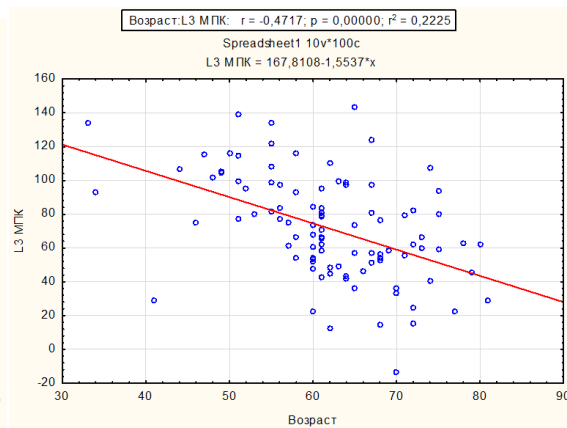


Рис.4. Параметры МПКТ 3-поясничного позвонка

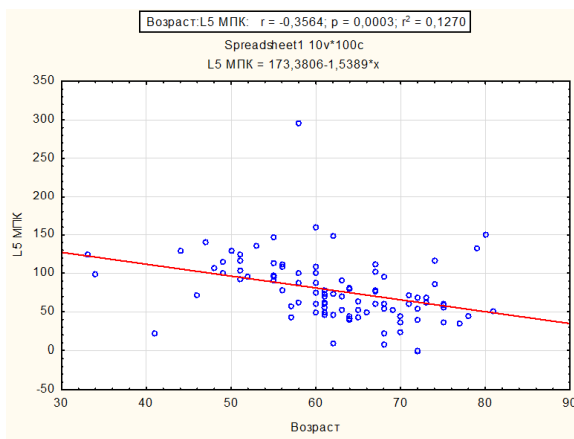


Рис.5. Параметры МПКТ 5-поясничного позвонка

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о достаточной эффективности денситометрической оценки МПКТ в области поясничных и грудных позвонков. Проведенный анализ позволяет заключить, что большое влияние на минеральную плотность костной ткани оказывает возраст пациента. Поэтому является актуальным прохождение всех женщин и мужчин старше 60-65 лет остеоденситометрического исследования. Преимуществами данной технологии является возможность популяционного скрининга. В то же время не исключается определение МПКТ методом КТ. При этом на результаты исследования не влияют такие искажающие факторы, как сопутствующая патология пациента, погрешность аппаратуры, квалификация медицинского персонала и др.

Выводы

Данные, полученные при денситометрии не могут служить единственным достоверным методом изучения МПКТ. По возможности следует использовать КТ, так как данный метод визуально показывает состояние позвонков, позволяет получить изображение в формате 3D, и позволяет снизить влияющие на результат факторы.

Полученные данные, абсолютно точно, имеют важное значение в профилактике и

лечении метаболических заболеваний. Эффективная терапия может быть направлена на тот возраст, в котором происходит максимальное снижение МПКТ, а именно 60-65 лет.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

А.Р. Махмудов - студент 506 гр. педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова,

врач ортопед-травматолог ДРКБ Г.Н. Рустамов

Актуальность. При изучении отдаленных результатов лечения ВК по методу Понсети, частота рецидивов составила 7,6 % случаев, что потребовало дополнительного хирургического вмешательства.

Цель исследования. Оценить результаты лечения рецидива ВК методом перемещения сухожилия передней большеберцовой мышцы на латеральную клиновидную кость стопы.

Материалы и методы исследования. За период с 2020 по 2022 гг. в отделении ортопедии ДРКБ им. Кураева состояло на лечении 195 (65 мальчиков 130 девочек) детей с тяжелой ВК (250 стоп). Из них одностороннее поражение было отмечено у 140/195 детей (72%), двустороннее у 55/195 (28%). После консервативного лечения отмечены рецидивы деформации у 15/195 (8%) детей, в возрасте от 3,5 до 6 лет. Подавляющее число рецидивов определялось несоблюдением рекомендованного режима ношения брейсов, который врач на последнем визите определяет исходя из возраста ребенка. Детям в возрасте от 3,5 до 6 лет для коррекции рецидива врожденной косолапости произведена транспозиция сухожилия передней большеберцовой мышцы на латеральную клиновидную кость стопы. Перемещение проводилось только при отсутствии структурной деформации, т. е., когда она является динамической (привидение - 10 гр., супинация - 10-15 гр.). Перед выполнением перемещения компоненты деформации откорректированы с помощью 5 или 6 гипсовыми повязками. Тыльно-медиальный разрез делается над местом инсерции сухожилия передней большеберцовой мышцы, сухожилие вскрывается и отсоединяется от места его прикрепления. Прошивается свободный конец сухожилия. Затем в подкожно- жировом слое продельвается туннель, чтобы позволить двигаться сухожилию в латеральном направлении. Нитки от сухожилия, заряженные в две иголки прокалываются через латеральную клиновидную кость, натягиваются и завязываются на пуговице на подошвенной поверхности. С этой целью используется рассасывающаяся плотная нить. Стопа должна спокойно оставаться без поддержки в нейтральном вальгус-варусном положении и около 10 гр. подошвенной флексии. Разрез зашивается и место разреза укрепляется ленточным пластырем. Далее накладывается

асептическая и гипсовая повязка на длину всей ноги. Через 4-6 недель к моменту снятия гипсовой повязки швы рассасываются. После снятия гипсовой повязки рекомендуется носить тугор в ночное время. Необходимость ношения брейсов отпадает. Осматривают ребёнка через 6 месяцев, чтобы определить эффект от перемещения сухожилия.

Результаты исследования. Послеоперационные результаты нами оценены, как хорошие, рецидив косолапости у оперированных детей не отмечался.

Выводы. На сегодняшний день в лечении рецидивов ВК в возрасте от 3,5 до 6 лет эффективным является метод предложенный Игнасио Понсети.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Г.К. Кулдашева – студент 525 группы педиатрического факультета

Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии

Андижанского Государственного Медицинского Института

г. Андижан, Республика Узбекистан

Научный руководитель: ассистент кафедры Я.М. Кулдашева

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) в клинике внутренних болезней и неврологии определяется как нарушение функционирования структур головного мозга вследствие негативного (часто механического характера) влияния внешней среды разной степени интенсивности. Согласно статистических данным Т. А. Fatuki, каждый год почти три миллиона людей в Соединенных Штатах госпитализируются с черепно-мозговой травмой, причиной которых чаще всего являются падения с высоты, удары разного характера на череп, а также дорожно-транспортные происшествия. Ретроспективные исследования показывают, что менее 80% госпитализированных пациентов с ЧМТ имеют ряд неврологических, субъективных симптомов со стороны органа зрения и вестибулярного аппарата, тогда как гормональных фон пациентов с клиникой острой ЧМТ на первоначальных стадиях не учитывается.

Цель. Изучение роли гормонального статуса у больных при остром периоде сочетанной черепно-мозговой травмы.

Методы исследований. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач были применены общеклинические, инструментальные, радиологические, гормональный и статистические методы исследования.

Материалы исследования. Объектом исследования явились 102 больных с сочетанной черепно-мозговой травмой, находившиеся на обследование и лечение в отделение нейрореанимации, в I-II отделениях сочетанных травм Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2019 по 2022

гг.

Предмет исследования. Составляет анализ эффективности усовершенствованных тактико-технических аспектов выполнения новых способов консервативного пособия в зависимости от генеза поражений мозга в остром периоде СЧМТ и дифференцированной нейроэндокринологической тактикой при различных формах внутричерепных и внечерепных поражений.

Результаты исследования. По данным нашего исследования выявлены клинические особенности течения при различных поражениях головного мозга в остром периоде сочетанной черепно-мозговой травмы с учетом характера, распространенности и тяжести первичных и вторичных проявлений, а также изменениями гормонального фона.

Было установлено, что прогностическим критерием развития и прогрессирования вторичных поражений головного мозга при сочетанной черепно-мозговой травме с дифференцировкой внутри- и внечерепных провоцирующих механизмов их формирования, является нарушения гормонального статуса, «стресс синдром», нейроэндокринная гиперфункция, что вызывает нарушение перфузионного артериального давления.

Также выявлены прогностические критерии, основанные на клинических признаках, гормональных явлениях, изменениях мозгового и периферического кровотока, системных факторах вторичного повреждения головного мозга (гипотензия, гиперфункция аденогипофиза, гипонатриемия) в остром периоде сочетанной черепно-мозговой травмы.

Выводы.

Первичная, в первые три часа, госпитализация больных с сочетанной черепно-мозговой травмой в экстренные специализированные лечебные учреждения повышает эффективность лечения более чем в 2 раза.

Выявлены неблагоприятные прогностические критерии, связанные с сочетанными повреждениями, указывающие на необходимость принятия экстренных мер в плане профилактики изменения гормонального фона при сочетанных черепно-мозговых травмах.

Для профилактики вторичного поражения головного мозга в виде гиповолемии и гипотонии в отделении реанимации при установлении тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы рекомендуется начинать мероприятия экстренно болюсными введениями кровозаменителей, крови и полноценное восполнение ОЦК.

Предложенный комплекс диагностики, профилактики и нейроэндокринологического лечения предупреждает возникновение вторичных повреждений головного мозга, уменьшает сроки пребывания в стационаре и снижает летальность.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА ФУНКЦИОНАЛЬНО-КОРРИГИРУЮЩИМ КОРСЕТОМ ПО ТИПУ ШЕНО

**А.М. Магарамов – ассистент кафедры,
Л.А. Атаева – студентка 611 группы лечебного факультета,
К.А. Исмаилова – студентка 530 группы лечебного факультета
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор А.Р. Атаев**

Актуальность. Сколиоз занимает одно из доминирующих патологий опорно-двигательного аппарата во всем мире. Несмотря на диспансеризацию больных среди детского и юношеского возраста ортопедическая патология позвоночника является до конца не изученной и требующая особого внимания и лечения. Выбором тактики лечения того или иного типа сколиоза является важным компонентом в судьбе дальнейшего процесса прогрессирования или положительной динамики от лечения среди детского и юношеского возраста.

Цель. Изучить варианты течения врожденного, приобретенного (идиопатического) и нервно-мышечного сколиоза в возрасте от 6 до 16 лет в Республики Дагестан.

Материал и метод исследования. Проведён анализ пациентов с начала 2020 года. с диагнозом врожденный, приобретенный (идиопатический) и нервно-мышечный сколиоз (Q76.3; M41.1; M41.4).

Результаты исследования. Всего за период с 2020 по 2022 год было обследовано и пролечено 127 пациентов с различными видами сколиоза. Пациенты с врожденными аномалиями позвонков (врожденный сколиоз) – 2 (1,6%), с приобретенным (идиопатическим) сколиозом – 122 (96%) и нервно-мышечным сколиозом – 3 (2,3%) в том числе с наиболее выраженной патологией нервно-мышечной системой составило 50%.

Под нашим наблюдением находятся 127 пациентов в возрасте от 3 до 24 лет, из них мужского пола - 32 (25,2%), а женского - 95 (74,8%). Возраст пациентов с врожденными аномалиями позвонков (врожденный сколиоз) составило 10-11 лет, приобретенный (идиопатический) сколиоз 9-16 лет и нервно мышечным сколиозом 3-13 лет.

Консервативному лечению функционально-корректирующим корсетом подверглись пациенты с II и III степенью сколиоза. Для измерения градусов отклонения позвоночника от оси использовался метод Кобба. Наблюдению и непосредственному лечению были выбраны пациенты с деформацией позвоночника от 18 до 52 градусов. Из общего количества пациентов с С-образным сколиозом составило 31 (24,4%) из них с редким высоким сколиозом шейно-грудного отдела 2 (1,5%), а с S – образным сколиозом 96 (75,5%).

По отношению к этим трем видам сколиоза, которые находятся под нашим наблюдением положительная динамика наблюдается у пациентов с II и начальной III степенью сколиоза. Важная роль в лечении приходится на возраст пациентов, как правило существенной коррекции деформации позвоночника наиболее склоны пациенты от 6 до 11 лет. Не

неотъемлемую часть в диагностике сколиоза служит рентген исследование, что позволяет нам не только вычислить степень сколиоза, но и проанализировать степень остановки роста скелета основываясь на тест Риссера. Исходя их данных наблюдений, нами было выявлено, что наиболее благоприятный период начала лечения сколиоза приходится на тест Риссера I,II.

Консервативное лечение у наших больных заключается в изготовлении по 3D технологии и моделировании корсета индивидуально для пациента, учитывая его патологию и степень деформации. Изготовление корсета Шено выполняется из термопластичного, гипоаллергенного материала. В течение года корсет подвергался коррекции учитывая изменения антропометрических данных пациентов. В коррекцию входило добавление пелотов для увеличения корригирующей нагрузки на пораженный участок позвоночника с целью устранения деформации.

Всего из 127 пациентов с приобретенным (идиопатическим) сколиозом положительную динамику удалось наблюдать у 121 пациента. Изменение в качестве уменьшения градусов деформации на рентген контроле в корсете через 6 месяцев в среднем от 8 до 21 градуса. Отказались полностью от ношения корсета спустя 1-2 месяца после ношения 2-е пациентов, ссылаясь на дискомфорт при ношении – сколиоз у них продолжает прогрессировать. У одной пациентки с высоким С-образным шейно-грудным сколиозом наблюдается слабopоложительная динамика, в связи с анатомическими сложностями расположении деформации. На данный момент корсет подвергается регулярной коррекции.

С врожденным сколиозом (аномалия развития позвонков) -2 пациентки, на данный момент наблюдаются. Пациенты с нервно-мышечным сколиозом 3, из них 2-е с явно выраженной патологией нервно-мышечной системы (детский церебральный паралич). Исходные данные деформации сколиоза составляли от 43 до 52 градусов по Коббу. Удалось достичь уменьшения от 16 до 19 градусов путем ношения функционально-корригирующего корсета с плановой коррекцией. Функционально-корригирующие корсеты в последних двух случаях, служат вспомогательным устройством для адаптации и вертикализации верхнего отдела туловища в положении сидя у пациентов с ДЦП. Все функционально-корригирующие корсеты подвержены замене через определенное время, в связи с изменением антропометрических данных пациентов до завершения роста скелета, тест Риссера V.

Выводы.

1. Наиболее оптимальным и результативным консервативным методом лечение сколиоза II-III степени в детском и юношеском возрасте является ношение функционально-корригирующего корсета при рентгенологическом тесте Риссера I,II.

2. Применение в консервативном лечении функционально-корригирующего корсета снижает не только вероятность прогрессирования сколиоза, но и уменьшение рентгенологической и клинической деформации позвоночного столба.

**РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
КАК НЕРЕШЕННАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА**

П.А. Муслимова

Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., зав. кафедрой Ю.А. Джамалудинов

Введение. Риногенные внутричерепные осложнения до настоящего времени остаются крайне тяжёлой и опасной патологией для жизни пациента.

Целью исследования является анализ распространенности внутричерепных осложнений риногенной природы в Республике Дагестан за период с 2010 по 2020 годы.

Материал и методы. По материалам ЛОР клиники Республиканской клинической больницы г.Махачкала, нами был проведен анализ заболеваемости риногенными внутричерепными осложнениями у взрослых за 11 лет, с 2010 по 2020 годы.

Результаты и обсуждение. За этот период в клинике находилось на лечении 24 517 больных, из них с внутричерепными осложнениями 12 больных, что составило 0,05%. Из них летальным исходом закончились 3 случая, что составляет 25%. Возраст больных от 18 до 57 лет. Мужчин - 7(58,3%), женщин - 5(41,7%). Поступление больных по месяцам года было неравномерным, в основном, пациенты поступали в летние месяцы, в период морских купаний. При бактериологическом исследовании содержимого из воспаленных околоносовых пазух в 66,7% случаев выявлена кокковая микрофлора. Структура внутричерепных осложнений менингоэнцефалит и абсцесс головного мозга 5 больных, менингит и абсцесс головного мозга 3 пациента, менингит+субдуральная эмпиема 3 пациента, гнойный менингит+тромбоз кавернозного синуса 1 больной. К лечению больных привлекались: нейрохирург, реаниматолог, невропатолог, клинический фармаколог. Оториноларингологом выполнялись операции по санации очага хронической инфекции. Касаясь внутричерепных осложнений, нейрохирургом проводились различные варианты костнопластической трепанации черепа с удалением объемных образований (абсцесс, эмпиема).

Заключение. При выборе тактики хирургического лечения больных с риногенными внутричерепными осложнениями следует учитывать тяжесть состояния больного и в соответствии с этим планировать объем хирургического вмешательства совместно с нейрохирургом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАТОНОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТА

Н.К. Иминова – студентка 311 гр. лечебного факультета

Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.Г. Гаджимирзаева

Актуальность. В современной клинической медицине постоянно ведётся разработка новых немедикаментозных методов лечения больных синуситами, позволяющих отказаться от длительной антибиотикотерапии и снижающих затраты на лечение. Ультратонотерапия или лечение током надтональной частоты была предложена Д.А. Синицким. Он экспериментально обосновал целесообразность применения тока частотой до 22 кГц и напряжением до 3...5 кВ для получения противовоспалительного и болеутоляющего эффектов. Под действием тока развивается гиперемия, сопровождающаяся высоким тепловыделением в тканях, ускоряются движение крови и отток лимфы. Это способствует улучшенному питанию клеток и доставке к ним кислорода, а также сокращению отека, выводу продуктов обмена. В результате повышается проницаемость сосудистых стенок, устраняется их повышенный тонус, блокируются застойные явления, снижается восприимчивость нервных окончаний, поэтому уменьшается боль. При взаимодействии разрядов с кислородом образуются озон и оксиды азота, которые оказывают антибактериальное действие, предотвращают размножение вредоносных микроорганизмов. Важно и то, что при проведении процедуры не наблюдается раздражающего ощущения, которое имеет место при местной дарсанвализации, предполагающей использование переменных моделированных токов высокой частоты (В.М. Фрейлих, Ю.В. Гавинский, 1997г).

Цель исследования. Оценить эффективность лечения риносинуситов с использованием ультратонотерапии по сравнению с традиционными методами лечения без использования физиолечения в плане сокращения сроков лечения.

Материалы и методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование 52 историй болезни и амбулаторных карточек пациентов, находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении РКБ и РКП МЗ РД. В исследование были включены пациенты в возрасте от 17 до 45 лет, из них – женщин 35 (67%), мужчин – 17 (33%) с диагнозом «Острый риносинусит» или «Обострение хронического риносинусита».

При комплексной терапии острых и хронических риносинуситов с использованием ультратонотерапии были использованы поверхностные электроды, которые медленными движениями перемещались по боковым стенкам и нижней части наружного носа. При такой методике больной кроме эффекта ультратонотерапии вдыхает и вырабатываемый озон. Процедура проводилась 1 раз в день в течение 10 минут, больной при этом ощущал лишь

слабое или умеренное тепло. Курс лечения длился от 6 до 10 процедур-дней.

Параллельно было исследовано ещё 52 истории болезни пациентов той же возрастной категории и гендерным соотношением с аналогичными диагнозами, но получавшими традиционное лечение, без использования ультратонотерапии.

Результаты исследования. Для констатации факта выздоровления учитывались следующие показатели – самочувствие больного, нормализация температуры, прекращение болевых ощущений и выделений из носа, улучшение носового дыхания, нормализация показателей в общем анализе крови.

Сроки выздоровления у больных, получавших комплексное лечение риносинусита с использованием ультратонотерапии составляли 6 дней – у 28 пациентов (54%), 7 дней – у 14 (27%), 8 дней – у 10 пациентов (19%). Сроки выздоровления у больных, получавших традиционное лечение риносинусита без использованием ультратонотерапии составляли 8 дней – у 8 пациентов (15%), 9 дней – у 14 (27%), 10 дней – у 30 пациентов (58%).

При сравнительной оценке полученных результатов сроки выздоровления на 3-4 дня оказались меньше у тех пациентов, где дополнительно к традиционной терапии риносинусита была использована ультратонотерапия.

Выводы. Таким образом, по нашим исследованиям ультратонотерапия в сочетании с обычными методами лечения риносинуситов уменьшает сроки лечения. Полученные благоприятные результаты лечения риносинусита позволяют рекомендовать данный вариант лечения для практического здравоохранения как эффективный способ лечения, улучшающий качество жизни данной категории пациентов.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛОР-ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВАНИИ НАЗАЛЬНОГО ОПРОСНИКА И ОЛЬФАКТОМЕТРИИ

К.Л. Сейдалиева - студентка 440 группы лечебного факультета
Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры Д.Р. Рагимова

Актуальность. Качество жизни пациентов является одним из показателей эффективности лечения, и способы его определения становятся всё более востребованными в современных реалиях. Опросники и анкеты являются одним из инструментов для определения качества жизни пациентов.

В ходе исследования был разработан назальный опросник на базе существующего опросника SNOT-22, который включает в себя помимо привычных вопросов по органам лор-системы, вопросы, касающиеся психического и эмоционального состояния пациента, вопросы, направленные на выявление постковидных симптомов и нарушений сна. Необходимость

дополнения существующего опросника была очевидна, и о об этом говорили многие исследователи и учёные.

Цель исследования: определить эффективность назального опросника , сравнение показателей обоняния у пациентов следующих отделений: оториноларингологии, пульмонологии, аллергологии.

Материалы и методы. В исследование были включены 80 пациентов РКБ. Среди них женщин -44, мужчин-36. Средний возраст в отделении оториноларингологии - 42 года, в аллергологии-52 , в пульмонологии – 51. Пациенты проходили лечение в РКБ весной 2023г. Участники исследования в обязательном порядке заполняли анкету и им в обязательном порядке проводилась ольфактометрия. Разработанный нами назальный опросник состоит из 33 вопросов, которые учитывают состояние лор-органов, состояние сна, психосоциальное состояние и возможное наличие постковидных симптомов.

Для обонятельных тестов использовались эфирные масла кедра и можжевельника, которые подавались посредством ольфактометра. В ходе исследования определялись объем и время ощущения запаха и проводилась приблизительная идентификация запаха.

Результаты исследования. По результатам анкетирования, пациенты из лор-отделения набрали 46 баллов, пульмонологического отделения-30 баллов, аллергологического отделения-50 баллов.

Результаты ольфактометрии:

Отделение		Лор	Пульмонологии	Аллергология
Эфирное масло можжевельника	Объем распознавания запаха	12,17±12,42ml.	16,88±14,73ml.	9,19±11,22ml.
	Время распознавания запаха	12,85±11,3с.	18,05±14,73с.	10,57±10,70с.
Эфирное масло кедра	Объем распознавания запаха	17,12±11,65ml.	18,26±12,91ml.	10±11,48ml.
	Время распознавания запаха	18,21±11,25с.	19,12±12,82с.	11,21±11,55с.

По данным ольфактометрии, пациенты из отделения аллергологии продемонстрировали лучшие результаты, а у пациентов из отделения пульмонологии результаты гораздо хуже. Отделение оториноларингологии занимает срединное положение между вышеуказанными отделениями. Эфирное масло можжевельника пациенты из всех трёх отделений распознавали

быстрее и точнее, чем эфирное масло кедра.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что пациенты из аллергологического отделения показали высокие показатели и в ходе анкетирования, и по данным ольфактометрии. Отделение лор занимает срединную позицию и по данным ольфактометрии, и по данным анкетирования. Пациенты из отделения пульмонологии показали самые низкие результаты.

Разработанный нами опросник является уникальным и может быть использован в различных отделениях.

ДАННЫЕ ПИКОВОГО НАЗАЛЬНОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И БРОХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Е.В. Жебрак - студентка 551 группы лечебного факультета

Кафедра болезней уха, горла и носа

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент С.В. Красильникова,

д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Т.И. Елисеева

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) и аллергический ринит (АР) часто сосуществуют, АР рассматривается как независимый фактор риска сохранения астмы. Стойкие и выраженные симптомы АР весьма часто ассоциированы с наличием у пациентов БА. Обструкция носа - одна из основных жалоб у этих пациентов. Для оценки контроля астмы и АР рекомендуется использовать проверенные инструменты субъективной оценки. Для оценки выраженности назальных симптомов может быть применен тест Total nasal symptom score (TNSS), для оценки синоназальных симптомов Sino nasal outcome test-22 (SNOT-22). Однако, обследование пациентов, страдающих назальной обструкцией, должно включать, помимо субъективных, и объективные методы оценки носового дыхания. Основными методами объективной оценки назальной обструкции являются передняя активная риноманометрия, являющаяся «золотым стандартом» оценки назальной респираторной функции, и измерение пикового назального инспираторного потока (ПНИП). ПНИП является простым экспрессным методом оценки назальной респираторной функции, который может быть использован на любом этапе оказания медицинской помощи, включая домашний мониторинг.

Цель. Оценка информативности определения ПНИП у пациентов с БА и АР, с позиции взаимодействия этих параметров с назальными, синоназальными симптомами, с системными характеристиками T2-зависимого воспаления, являющегося ведущим патогенетическим механизмом формирования БА и АР у пациентов детского и подросткового возраста.

Материалы и методы. Результаты исследования. Всего в исследование было включено 62 пациента в возрасте 12.0 (9.0-15.0) лет, мальчиков 46, девочек 16. У большинства детей – 72.6% (45/62), имел место персистирующий АР среднетяжелого и тяжелого течения. Было проведено определение пикового назального инспираторного потока с помощью назального пикфлуометра, снабженного прозрачной маской (In-Check Nasal, Clement Clarke International Ltd., Эдинбург, Англия) . а также было проведено комплексное лабораторное обследование, включавшее определение уровней общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.

Результаты исследования. У обследованных нами пациентов медианный уровень назальных симптомов составил 5.0 (4,0-8,0) баллов, синоназальных симптомов – 17.0 (10,0 – 23,0) баллов. Медианные значения ПНИП составили 63.8 (46.7 – 79.4) л/мин, что несколько ниже референсных значений данного показателя как для детей (80 ± 25 л/мин), так и особенно для взрослых: $143 \pm 48,6$ л/мин - для мужчин и $121,9 \pm 36$ л/мин - для женщин. В настоящем исследовании была выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная взаимосвязь между ПНИП и субъективными методами оценки как назальных ($R = -0.33$, $p = 0.01$), так и особенно синоназальных ($R = -0.29$, $p = 0.02$) симптомов. Была обнаружена статистически значимая обратная корреляционная взаимосвязь между ПНИП и уровнем общего IgE в сыворотке крови, коэффициент корреляции составил $R = -0.35$ при $p = 0.02$. Взаимосвязь между ПНИП и абсолютными и относительными значениями содержания эозинофилов в периферической крови также была обратной и статистически значимой, коэффициенты корреляции составили соответственно $R = -0.36$ при $p = 0.008$ и $R = -0.31$ при $p = 0.024$.

Выводы. Наше исследование свидетельствует о важности выполнения ПНИП в качестве дополнительного объективного измерения к субъективной оценке аллергического ринита и контроля астмы у детей.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ

П.А. Ольсевич – студент 2319 гр. педиатрического факультета
Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – ассистент Т. В. Абакумова

Актуальность. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – это патологическое состояние, для которого характерно наличие храпа, периодического спадения верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращения легочной вентиляции на 10 секунд и более с сохранением дыхательных усилий, что является основным маркером данного

заболевания, понижение насыщения крови кислородом, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью.

Распространенность СОАС составляет 5—7% в популяции старше 30 лет, причем приблизительно треть таких больных имеют среднюю или тяжёлую степень течения заболевания. При тяжелой степени данного заболевания может отмечаться до 400-500 остановок дыхания за ночь.

Каждый клинически значимый эпизод апноэ имеет два основных патофизиологических последствия — артериальную гипоксемию, определяемую по уровню сатурации гемоглобина артериальной крови, и повышение активности головного мозга.

Суммарное кумулятивное действие этих двух факторов приводит к развитию стресс-ответа на гипоксемию (реализация адреналина, повышение частоты сердечных сокращений), к усилению синтеза натрийуретического пептида в ответ на повышение давления в правых отделах сердца (повышение скорости мочеотделения в ночное время), к фрагментации и нарушению структуры сна. Очевидно, что указанные факторы действуют в течение многих лет.

Это существенно увеличивает риск развития артериальной гипертензии, нарушений ритма сердца, инфаркта миокарда, инсульта и может привести к внезапной смерти во сне.

Клиническое прогнозирование СОАС имеет цель идентифицировать больных с большим риском развития осложнений и которые значительным образом выиграют от своевременной диагностики и лечения. Раннее выявление и лечение больных с СОАС выгодно не только с экономической точки зрения. Увеличивается продолжительность жизни и значительно улучшается качество жизни больных, о чем свидетельствует анализ такого показателя, как сохраненный 1 год жизни с учетом ее качества.

Цель. Провести анализ кардио-респираторного мониторинга у пациентов с СОАС и выявить клинические прогностически значимые показатели течения заболевания.

Материал и методы исследования. Проведен анализ респираторного мониторинга у 32 пациентов с диагностированным СОАС средней и тяжелой степени на базе ГУ "РНПЦ оториноларингологии" за 2020 год.

У данных пациентов были проанализированы следующие показатели респираторного мониторинга: индекс апноэ-гипопноэ, минимальное и среднее значение напряжения кислорода в артериальной крови (SpO_2), а также индекс массы тела (ИМТ) и возраст пациентов в качестве факторов риска возникновения заболевания.

База данных сформирована с помощью программы Microsoft Excel. Статистический анализ проведен с помощью программы Statistica 10. Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики (сохранение врачебной тайны и конфиденциальность информации).

Результаты исследования. В ходе проведенного анализа, 32 пациента, с диагностированным СОАС средней и тяжелой степени, распределились по полу следующим образом: 6 (18,75%) женского пола и 26 (81,25%) мужского пола.

Средний возраст пациентов составил 47,31±11,6 лет

В группе пациентов до 50 лет женщины составили 1 человек (5,55%) Мужчины – 17 человек (94,4%).

После 50 лет женщины составили 5 человек (35,7%) мужчины - 9 человек (64,3%).

В зависимости от степени тяжести течения СОАС распределились следующим образом: средняя форма — 15 человек (46,9%), тяжелая форма — 17 (53,1%) случаев.

Исследование доказало факт снижения минимального и среднего значения SpO₂ среди пациентов с СОАС. Среднее значение минимального SpO₂ среди пациентов составило 74,54±9,12%, среднее SpO₂ – 92,56±7,88%, что значительно меньше нормальных показателей. Гипоксия и отсутствие глубоких фаз сна вызывают снижение продукции гормона роста, который обеспечивает процесс перехода жира в энергию. Таким образом, человек вынужден постоянно потреблять пищу для пополнения энергетических трат. Следовательно, идет стремительное повышение ИМТ.

Избыточная масса тела с ИМТ ≥ 25кг/м², имела место в 28 случаях (87,5%). Средний ИМТ пациентов составил 30,75±4,48 кг/м². Это приводит к увеличению объема парафарингеальных жировых клеточных пространств. Жировые отложения на уровне шеи приводят к сужению дыхательных путей и прогрессированию остановок дыхания во сне.

Индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ) представляет собой общее количество эпизодов апноэ и гипопноэ, возникающих во время сна, деленное на часы сна; он выражается как число эпизодов апноэ, происходящих за час. Чем больше случается эпизодов, тем тяжелее течение СОАС и тем выше вероятность развития побочных эффектов. Различают следующие степени тяжести СОАС в зависимости от эпизодов апноэ - гипопноэ в час, 10-19 – легкая форма, 20-39 – средняя тяжесть, и более 40 – это тяжелая форма. Средний ИАГ среди пациентов составил 33,36±13,79 эпизодов в час.

Все пациенты имели сопутствующие заболевания лор-органов.

Выводы. Результаты настоящего исследования показали, что применение респираторного мониторинга позволяет с достаточной точностью прогнозировать клиническое течение СОАС.

Результаты исследования указывают на то, что в возрасте до 50 лет СОАС чаще встречается у мужчин, чем у женщин. При этом в постменопаузе гендерные различия выравниваются.

Среднее значение SpO_2 в артериальной крови значительно снижено по сравнению с нормальными показателями, что может лежать в основе патогенеза развития осложнений данного заболевания.

В прогнозировании СОАС важную роль играют антропометрические показатели. Чем выше степень ожирения, тем тяжелее течение синдрома. СОАС средней и тяжелой степени чаще встречается среди пациентов, имеющих ИМТ превышающий норму (**более 25 кг/м²**), что дополнительно создает порочный круг СОАС.

Присасывающее воздействие потока воздуха на стенки верхних дыхательных путей значительно увеличивается при наличии у пациента заболевания лор-органов: искривление носовой перегородки, полипы слизистой носа, увеличение миндалин, смещенная назад нижняя челюсть, что ухудшат течение заболевания.

Результаты настоящего исследования показали, что применение респираторного мониторинга позволяет с достаточной точностью прогнозировать тяжесть течения СОАС. Клиническое прогнозирование СОАС имеет цель идентифицировать больных с большим риском развития осложнений и которые значительным образом выиграют от своевременной диагностики и лечения.

**ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПОДТИПОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК МЕТОД
ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Г.А. Мурачуев – студент 5 курса педиатрического факультета

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. С.А. Алиев, д.м.н., проф. М.З. Саидов

Актуальность. Из всех онкологических заболеваний у женщин рак молочной железы встречается чаще всего. С каждым годом заболеваемость раком молочной железы растет на 1–2 %. В диагностике рака молочной железы используют новейшие технологии, для выявления заболевания на ранней стадии, но даже при современном уровне знаний затруднительно дать ответ на такие вопросы, как «Проводить ли адъювантную/неоадъювантную терапию?», «На протяжении какого времени и какую именно проводить терапию?»

Причина-гетерогенность рака молочной железы, то есть разделение на биологические подтипы. В последнее время методами ИГХ, ПЦР и NGS-секвенирования изучают генную экспрессию при раке молочной железы.

Для классификации рака молочной железы по особенностям генома, определения прогноза и предсказания эффекта терапии применимы результаты этих исследований.

Таким образом одним из ключевых звеньев в системе определения алгоритма лечебных мероприятий является распознавание биологических подтипов рака молочной железы.

Цель. Определить роль персонализации рака молочной железы на прогноз заболевания.

Материал и методы исследования. В исследовании были проанализированы данные 120 больных раком молочной железы, прошедшие лечение в ГБУ РД РОЦ с 2018 по 2023 год.

Материалом исследования послужило иммуногистохимическое определение человеческого рецептора эпидермального фактора роста 2 типа (HER2), рецепторов эстрогена (РЭ/ER), рецепторов прогестерона (РП/PR-A) и фактора пролиферации Ki-67.

В настоящее время известны следующие подтипы рака молочной железы:

1) Люминальный А: Человеческий рецептор эпидермального фактора роста 2 типа (HER2) отрицательный, рецепторы эстрогена (РЭ/ER) положительные, рецепторы прогестерона (РП/PR-A) высокие (>20%), фактор пролиферации Ki-67 низкий (<20%)

2) Люминальный В (HER2–негативный): Человеческий рецептор эпидермального фактора роста 2 типа (HER2) отрицательный, рецепторы эстрогена (РЭ/ER) положительные, и наличие одного из следующих факторов: рецепторы прогестерона (РП/PR-A) низкие (<20%), фактор пролиферации Ki-67 высокий (>30%)

3) Люминальный В (HER2–позитивный): Человеческий рецептор эпидермального фактора роста 2 типа (HER2) положительный, рецепторы эстрогена (РЭ/ER) положительные, рецепторы прогестерона (РП/PR-A) любые, фактор пролиферации Ki-67 любой

4) Трижды–негативный: Человеческий рецептор эпидермального фактора роста 2 типа (HER2) отрицательный, рецепторы эстрогена (РЭ/ER) отрицательные, рецепторы прогестерона (РП/PR-A) отрицательные

5)HER2-позитивный (не люминальный): Человеческий рецептор эпидермального фактора роста 2 типа (HER2) положительный, рецепторы эстрогена (РЭ/ER) отрицательные, рецепторы прогестерона (РП/PR-A) отрицательные

Принадлежность больных к разным биологическим подтипам:

Люминальный А – 47 больных раком молочной железы (39,16%)

Люминальный В – 41 больных раком молочной железы (34,16%)

Трижды-негативный – 24 больных раком молочной железы (20%)

HER2-позитивный (не люминальный) – 8 больных раком молочной железы (6.6%)

Результаты исследования. В результате исследования 120 больных раком молочной железы методом анализа ИГХ-исследования было выявлено что различные формы характеризуются по-разному:

1) Люминальный А: высокой чувствительностью опухоли к ГТ и благоприятным прогнозом

2)Люминальный В (HER2–положительный/отрицательный): неблагоприятным прогнозом и высокой химиочувствительностью опухоли к таксанам и антрациклинам, ГТ+Анти-HER2-терапии

3) Трижды негативный: неблагоприятный прогноз, относительно высокая чувствительность опухоли к химиотерапии, быстрым развитием химиорезистентности, иногда отсутствие эффекта после применения таргетных препаратов, при данной форме требуется проведение агрессивного лечения

4)HER-2–позитивный (нелюминальный): неблагоприятным прогнозом и высокой химиочувствительностью опухоли к таксанам и антрациклнам+Анти HER2 терапии. При данной форме требуется проведение агрессивного лечения.

Подтипы различаются и по метастазированию:

Люминальный А: Кости и при этом неагрессивное течение

Люминальный В: Кости и висцеральные органы

Трижды-негативный: Мультиорганное поражение

HER2 позитивный: Мультиорганное поражение

Частота метастазирования и рецидивов была выше у ТНРМЖ и HER2 позитивного, чем у Люминальных подтипов.

Вывод. Таким образом, персонализация рака молочной железы – это важнейший фактор в структуре прогнозирования заболевания, т.к. каждый подтип характеризуется по-разному.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТИПА
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЧАСТОТЕ РЕЦИДИВА ПРИ ОРГАНОУНОСЯЩЕМ
ЛЕЧЕНИИ ПО ДАННЫМ КАНЦЕР-РЕГИСТРА**

Д.И. Беляева – студентка 20 гр. лечебного факультета
Кафедра онкологии с курсом ФПК и ПК

УО «Витебский государственный медицинский университет»,

Витебск, Республика Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., доцент Е.А. Шляхтунов

Актуальность. РМЖ – одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний, занимающее первое место как в структуре онкологической заболеваемости женского населения, так и в структуре смертности женщин от злокачественных новообразований. По данным Белорусского канцер-регистра, РМЖ занимает 2-е место в структуре заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями (46,9 %) после рака кожи (103,5 %). В 2020 году в Республике Беларусь было выявлено 4745 случаев РМЖ, что составило 11,3 % от общего количества злокачественных новообразований. Средний возраст пациентов составил 52 года.

Основным этапом лечения пациентов с РМЖ является хирургический метод. В настоящее время самой распространенной операцией при РМЖ является радикальная мастэктомия. Однако стоит отметить, что до сих пор нет единого мнения по вопросу прогностической значимости рецидивов после органоуносящего лечения.

Цель исследования. Определить потенциальное клиническое влияние молекулярно-биологического подтипа рака молочной железы (РМЖ) на частоту рецидива при органоуносящем лечении по данным канцер-регистра.

Материалы и методы исследования. Материалом для научного исследования явились выписки 1354 (472 – 2015 год; 428 – 2016 год, 454 – 2017 год) медицинских карт пациентов в возрасте от 25 лет до 91 года с РМЖ (канцер-регистр) УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер» за 2015–2017 годы.

Использовались медицинские карты пациентов, которым была выполнена органоуносящая хирургическая операция радикальная мастэктомия. В процессе анализа учитывали возраст пациентов, анализировали молекулярные подтипы РМЖ, устанавливали случаи возникновения негативных событий, а именно рецидива, прогресса, смерти в срок до 5 лет наблюдения.

Для статистической обработки данных использовали пакет MSExcel 2007. Результаты

представлены в виде диаграмм и таблиц.

Результаты исследования. За 2015–2017 годы в УЗ «ВОКОД» хирургический метод лечения применялся у 1354 пациентов (1353 женщины, 1 мужчина). Органоуносящее лечение проводилось в 896 случаях (66,17%), средний возраст пациентов составил 60 лет. В 2015 году была выполнена мастэктомия по Маддену (Пирогову) мужчине 66 лет (рис. 1).

При анализе данных наличия сведений о молекулярно-биологическом подтипе РМЖ в выписках стационарных карт (канцер-регистр УЗ «ВОКОД») обращает на себя внимание тот факт, что лишь у 55,1% из пациентов 1-ой группы и лишь у 47,4% из пациентов 2-ой группы имелись таковые данные.

В 1-ой группе люминальный А РМЖ был определен у 33,15% пациентов, люминальный В РМЖ – 1,67%, тройной негативный РМЖ – 10,60%, HER2-позитивный – 3,68%. В 5,92% случаев был получен Her2 Score 2+, что соответствует неопределенному результату (необходим FISH-анализ). В 44,9% случаев молекулярно-биологический подтип РМЖ не был указан (рис. 1).

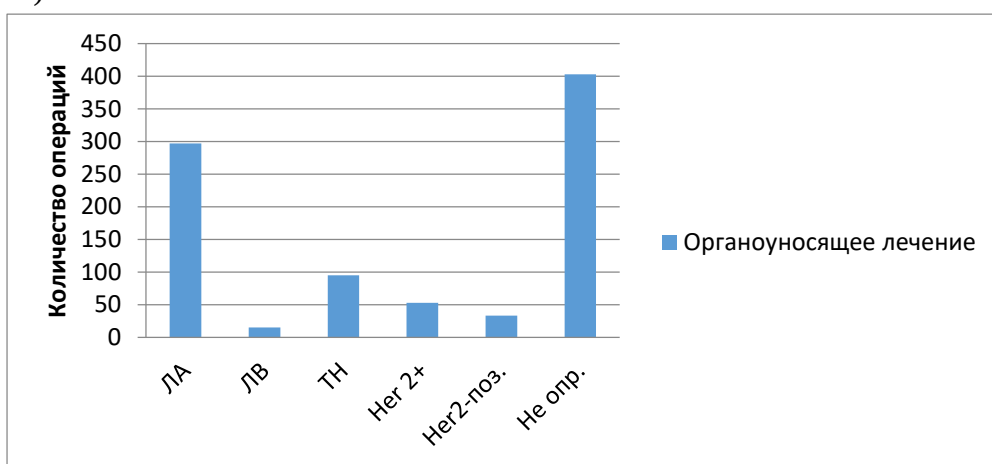


Рисунок № 1 – Молекулярно-биологические подтипы РМЖ при органоуносящем лечении (2015–2017 гг.)

После проведения органоуносящего лечения частота возникновения рецидивов составила 0,45% случаев, прогресс был отмечен в 6,70% случаев, смерть наступила в 3,01% случаев (табл. 1).

Таблица 1. Частота возникновения рецидивов, прогресса, смерти при органоуносящем лечении в 2015–2017 гг.

Год	Рецидив	Прогресс	Смерть от основного заболевания	Общее количество
2015	2	31	20	53
2016	-	19	7	26
2017	2	10	-	12
Всего	4	60	27	91

При этом люминальный А РМЖ встречался в 25,27% случаев, люминальный В РМЖ – 4,40%, тройной негативный РМЖ – 13,19%, HER2-позитивный – 4,40%. В 5,50% случаев был получен Her2 Score 2+, что соответствует неопределенному результату. В 47,25% случаев данных о подтипе РМЖ не было указано.

В ходе исследования был произведен расчет стандартизированных показателей возникновения негативных событий (рецидив, прогресс, смерть) прямым методом (табл. 2).

Таблица 2. Частота возникновения рецидивов, прогресса, смерти при хирургическом лечении в зависимости от подтипа РМЖ в 2015–2017 гг.

Подтип РМЖ	Органоуносящее лечение
ЛА	7,74%
ЛВ	26,67%
ТН	12,63%
Her2 Score 2+	9,43%
Her2-позитивный	12,12%
Всего	9,74%

Выводы. Частота возникновения рецидивов, прогресса и смерти у пациентов после органоуносящего лечения составила 9,74%. При этом в большинстве случаев негативный исход имел место при люминальном В РМЖ: в 26,67% – при органоуносящем лечении. Наименьшее количество случаев возникновения рецидива отмечалось при люминальном А РМЖ: в 7,74% – при органоуносящем лечении. Полученные данные позволили установить, что потенциально при прочих равных условиях (с TNM, стадия, возраст) при люминальном А РМЖ можно выполнить органоуносящую операцию, в то же время проведение органоуносящего лечения при люминальном В РМЖ не рекомендуется. Вышесказанное диктует необходимость определения подтипа РМЖ до начала хирургического лечения. Изучение данного вопроса является перспективным и требует дальнейшего исследования с учетом адъювантного лечения не только в ретроспективном, но и проспективном наблюдении.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УМЕРЕННОГО ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛОКАЛЬНЫХ СТАДИЙ

А.Д. Резниченко, Д.В. Коломыцева – ординаторы,

А.В. Важенин –заведующий кафедрой

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.И. Кузнецова

Актуальность Рак предстательной железы занимает 2 место по заболеваемости среди

мужского населения в России и 1 место – в Челябинской области. Преобладает локализованный рак низкого и промежуточного риска I-II стадий, который чаще встречается в возрастной группе старше 60 лет. «Золотым стандартом» лучевой терапии этого заболевания остается 3D-конформная дистанционная лучевая терапия в традиционном режиме с разовой очаговой дозой 2 Гр до суммарной очаговой дозы 74-80 Гр за 37-40 фракций, что обеспечивает безрецидивное течение заболевания в течение 10 лет у 85—90% больных. Однако в настоящее время опубликовано множество результатов рандомизированных исследований умеренно гипофракционированной лучевой терапии рака простаты, которые показывают сопоставимую эффективность при лечении пациентов с использованием умеренного гипофракционирования и традиционным способом, а также доказывают, что использование умеренного гипофракционирования не увеличивает токсичность лечения. В России гипофракционирование стало активно использоваться в период коронавирусной пандемии 2019 года. В апреле 2020 года ассоциацией РАТРО были введены временные рекомендации, в которых для лучевой терапии локализованного рака предстательной железы было рекомендовано использование ультра- и умеренного гипофракционирования. В 2021 году в российские клинические рекомендации по лечению рака простаты также был включен режим гипофракционирования как альтернатива традиционному режиму.

Цель исследования Оценка эффективности и токсичности лучевой терапии у пациентов с локализованным раком предстательной железы II стадии в группах с использованием традиционного и умеренного гипофракционирования.

Материалы и методы исследования Исследование представляло собой ретроспективный анализ данных медицинской документации 60 пациентов с раком предстательной железы T2a-cN0M0, получавших лучевую терапию в радиотерапевтических отделениях ГАОУЗ «Челябинского областного центра онкологии и ядерной медицины» в период с января 2018 по январь 2021 года. Пациенты были разделены на две группы: в первой группе 30 пациентов получили курс 3D-конформной лучевой терапии в традиционном режиме с разовой очаговой дозой по 2 Гр за 36 фракций до суммарной очаговой дозы 74 Гр. Во второй группе 30 человек получили курс 3D-конформной лучевой терапии в режиме умеренного гипофракционирования с разовой очаговой дозой 2,5-3 Гр за 20-27 фракций до суммарной очаговой дозы 60-67,5 Гр. Медиана наблюдения после завершения лучевой терапии составила 30 месяцев. Средний возраст пациентов, получавших лучевую терапию в первой группе составил 70,7 лет, во второй – 71,9 лет. В группе традиционного фракционирования высокий риск прогрессирования имел место у 18 (60 %) пациентов, промежуточный и низкий – у 11 (36,6 %) и 1 (3,3 %) пациентов соответственно. В группе умеренного гипофракционирования высокий риск прогрессирования был у 14 пациентов (46,6 %), промежуточный – у 16 (53,3 %), пациентов с низким риском прогрессирования в данной группе не было. Статистическая

обработка данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Statistics 23.0. Применялись методы описательной статистики, однофакторный анализ.

Результаты исследования Запланированный курс лучевой терапии прошли все 60 пациентов. Частота возникновения острых лучевых реакций в обеих группах были сопоставимы. В группе традиционного фракционирования гастроинтестинальные реакции Grade 1 встречались у 2 пациентов (6,7 %), Grade 2 – у 1 пациента (3,3 %), в 90 % случаев гастроинтестинальные реакции в группе не встречались. Генитоуринарные реакции в первой группе отмечались у 17 пациентов с острой лучевой реакцией Grade 1 (56,7 %), в остальных случаях ее не встречалось.

В группе умеренного гипофракционирования: гастроинтестинальные реакции Grade 1 встречались в двух случаях (6,7 %), Grade 2 и Grade 3 – по одному пациенту (3,3%) и (3,3%) соответственно, в 86,7 % гастроинтестинальных реакций не было отмечено. Генитоуринарные реакции: Grade 1 у 21 пациента (70 %), в остальных 30 % - не отмечалось.

Из лучевых осложнений только в группе традиционного фракционирования отмечено 5 случаев (16,7 %) лучевых ректитов, в группе умеренного гипофракционирования лучевых осложнений не отмечалось.

На протяжении 30 месяцев общая выживаемость в группе традиционного фракционирования составила 93 % - 2 пациента из данной группы умерли от сопутствующей патологии, в группе гипофракционирования – 95 % - 1 пациент умер также от декомпенсации сопутствующей патологии. Рецидивов и прогрессирования заболевания в обеих группах не было отмечено.

Выводы Показатели общей и безрецидивной выживаемости при использовании гипофракционирования сопоставимы с традиционным фракционированием. Рецидивов и прогрессирования заболевания в данных выборках зарегистрировано не было. Режимы с использованием умеренного гипофракционирования хорошо переносятся пациентами, тяжесть и частота лучевых реакций Grade 1 - Grade 2 сопоставима с традиционным режимом фракционирования, тяжёлых лучевых реакций Grade 4 в группах отмечено не было, что позволяет использовать этот режим в качестве альтернативного.

ДЕМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АКНЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

В.А Миненок – студентка 3 гр. лечебного факультета

Кафедра дерматовенерологии

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Л.В. Силина

Актуальность. Синдром гиперандрогении является достаточно распространенной патологией среди женщин репродуктивного возраста. Частота его встречаемости может варьироваться от 10 до 30%. Дерматологические проявления данного синдрома значительно ухудшают качество жизни женщин, крайне негативно сказываются на их эмоциональном состоянии.

Цель исследования. Изучить эффективность ципротерона ацетата в терапии андрогензависимых дерматопатий.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование, в котором приняли участи 27 женщин в возрасте от 18 до 37 лет, у которых были диагностированы средние и тяжелые формы андрогензависимых дерматопатий, в частности, акне. Пациенткам проводилось лабораторное исследование сыворотки крови, гинекологическое обследование. Терапия акне включала 50-100 мг ципротерона ацетата в сутки с 1 по 10 день менструального цикла. Эффективность лечения оценивалась спустя 6 месяцев. До начала лечения и спустя 6 месяцев терапии всем пациенткам предлагалось ответить на вопросы анкеты для определения дерматологического индекса качества жизни.

Результаты исследования. В процессе обследования у 22 пациенток (81,5%) диагностировали синдром поликистозных яичников, у 12 пациенток (18,5%) – надпочечниковую гиперандрогению. Через 6 месяцев лечения у 25 пациенток (92,6%) прослеживалась положительная динамика, в связи с чем им была рекомендована постепенная отмена препарата. У 2 женщин (7,4%) с тяжелыми формами акне проявления заболевания сохранялись, поэтому терапию было рекомендовано пролонгировать. Дерматологический индекс качества жизни у участниц исследования до лечения составил $17,3 \pm 2,1$ баллов, спустя 6 месяцев терапии – $3,2 \pm 1,1$ баллов.

Выводы. Положительные эффекты от лечения проявляются постепенно, время их проявления зависит от тяжести симптомов. В результате терапии ципротероном ацетатом все женщины отмечали улучшение психоэмоционального состояния, повышение самооценки, что благоприятно сказалось на их качестве жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИДЛИНГА В СОЧЕТАНИИ С УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОГО ВИТИЛИГО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

М. Лекайон - аспирант

Кафедры кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова лечебного факультета

ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Научный руководитель: К.М. Ломоносов

Актуальность. Витилиго - это приобретенное идиопатическое и распространенное во всем мире расстройство депигментации, поражающее людей всех возрастов и обоих полов в равной степени. Распространенность витилиго в общей популяции составляет от 0,5 до 2% среди детей и подростков, что не отличается от распространенности среди взрослого населения. Данное заболевание ухудшает качество жизни с негативно влияет на эмоциональное благополучие у пациентов, страдающих данным дерматозом.

Клинический случай. Пациент В., 22 года, обратился на прием к дерматовенерологу в клинику кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова в связи с наличием характерного изолированного депигментированного пятна на левой половине туловища диаметром 10х15 см². Из анамнеза: пятно появилось в 18 лет после перенесенного стресса, постепенно увеличиваясь достигло постоянных размеров к 20-ти годам, к моменту осмотра депигментированное пятно оставалось 2 года без изменений в размерах. Ранее пациент к дерматологу не обращался, не лечился. По результатам лабораторных исследований ОАК, БАК и ОАМ без особенностей. Наследственный анамнез не отягощен. На основании осмотра, жалоб и анамнеза был выставлен диагноз: Несегментарное очаговое витилиго.

Лечение: Была назначена фототерапия УФВ-311 нм начиная с 0,25 Дж/см², 3 раза в неделю, через день с последующим увеличением на 5% до появления слабо выраженной эритемы в сочетании с применением микронидлинга 1 раз в 2 недели, всего 10 сеансов. Микронидлинг проводился на участке депигментации до появления кровяной росы на поверхности кожи. Далее на кожу накладывалась антисептическая повязка.

Результаты. В процессе проведения курса лечения у пациента наблюдалась репигментация по **краевому типу**. В процентном соотношении уровень репигментации достиг 93% от всей площади депигментированного участка.

Обсуждение. Несмотря на то что на данный момент отсутствуют разработанные протоколы лечения витилиго с применением микронидлинга, данный клинический случай демонстрирует эффективность применения микронидлинга в терапии витилиго, которое остается резистентным к современной классической терапии.

Заключение. Применение микронидлинга в терапии витилиго позволяет пациентам увеличить комплаентность к терапии, а так же улучшить качество жизни.

УРОЛОГИЯ

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАМИНИПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ СО СТАНДАРТНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИЕЙ

М.М. Саидхаджиев - студент 525 группы лечебного факультета
Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: зав кафедрой урологии, д.м.н., К.М. Арбулиев

Актуальность. Совершенствование и миниатюризация эндоскопического оборудования в последние десятилетия сделали возможным совершенствование методики перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ), и внедрение в практику ультра-миниперкутанной нефролитотрипсии (ультрамини-ПНЛ). Эта методика открывает новые возможности для максимально деликатного и полного разрушения почечных камней. Дополнительные возможности для внедрения в практику ультра-миниперкутанной нефролитотрипсии появились с внедрением в эндоурологию гольмиевых и тулиевых волоконных лазеров. Это связано с тем, что лазерное излучение позволяет разрушать почечные камни на очень мелкие фрагменты, которые легко эвакуировать через узкий канал ультра-миниперкутанного нефроскопа Karl Storz, имеющего очень малый диаметр (6–12 Ch). Кроме того, для снижения внутрилоханочного давления и облегчения ирригации, всем пациентам перед ультрамини-ПНЛ устанавливают мочеточниковый катетер или мочеточниковый кожух.

Малый диаметр ультра-миниперкутанного инструментария и Амплац-кожуха, позволяет в процессе создания пункционного доступа, а, так же, во время вмешательства, свести к минимуму повреждение почечной паренхимы и потерю функционирующих нефронов по сравнению со стандартной ПНЛ. Так же при этой методике уменьшается вероятность повреждения шеек чашечек и слизистой оболочки почечной лоханки, уменьшается риск кровотечения. В результате при ультрамини-ПНЛ можно добиться полной элиминации осколков камней (stone free rate - SFR), избегая излишней травматизации почечной паренхимы и кровопотери.

Цель. сравнение эффективности и безопасности лазерной ультрамини-ПНЛ со стандартной лазерной ПНЛ при камнях почек высокой плотности.

Материал и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое контролируемое исследование в ГБУ РД Республиканский урологический центр г Махачкала в период с 2021 по 2023 год. Были изучены истории болезни 25 больных, которые были разделены на 2 группы, в основную группу вошли 11 больных, которым проводилась ультрамини-ПНЛ, а в контрольную группу вошли 14 пациентов, которым проводили стандартную ПНЛ, среди больных основной группы было 7 женщин и 4 мужчины, а в контрольной группе 9 женщин и 5 мужчин, средний возраст пациентов был 37 ± 10 лет. Для уточнения диагноза пациентам проводилась

мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным контрастированием и трёхмерной реконструкцией изображения, а, так же УЗИ почек. Всем пациентам оперативное вмешательство проведено под перидуральной анестезией. Перед операцией всем пациентам устанавливали мочеточниковый катетер 6 Ch. Операции проводились у 80% больных в положении лёжа на животе, а у 20% больных (с камнями задне-нижних групп чашечек) в положении на спине. Для проведения ПНЛ по различным методикам отбирали пациентов с высокой плотностью камней - выше 1000 НУ. Транскутанный доступ создавался под комбинированным ультразвуковым и рентгеновским наведением, для лучшей визуализации процесса через мочеточниковый катетер и пункционную иглу вводились рентгено-контрастные средства.

После расширения нефростомического канала у больных основной группы устанавливали Амплац-кожух Ch-10, а во время операции использовали ультра-мини-нефроскоп Karl Storz Ch-6. У больных контрольной группы использовали Амплац-кожух Ch-32, и нефроскоп Karl Storz Ch-26. Для разрушения камней применяли лазерный аппарат FiberLase U2, с толщиной лазерного волокна 300 мкрн, и с мощностью импульсов 20-25 Вт. Литотрипсия проводилась в режиме дастинг (распыление). После операции проводили оценку тяжести и количества осложнений с помощью адаптированной системы Clavien-Dindo. На 2 сутки после операции для определения коэффициента очищения почек от камней (SFR) проводили УЗИ почек и нативную МСКТ.

Результаты исследования. В процессе создания пункционных доступов в обеих группах не было отмечено случаев повреждения плевры, брюшины, печени, кишечника. Размер почечных камней в обеих группах сильно не отличался: в группе ультрамини-ПНЛ он составил в среднем $20,5 \pm 3,2$ мм, в группе – $20,9 \pm 3,1$ мм, плотность конкрементов в обеих группах составила 1317 ± 93 и 1300 ± 108 НУ. Среднее время вмешательства составило: в основной группе в среднем $60,7 \pm 7,1$ мин, а в контрольной группе в среднем 32 ± 4 мин. Эндоскопический этап операции (время литотрипсии) составило: в группе ультрамини-ПНЛ в среднем $50,4 \pm 7,2$ мин, а в группе стандартной ПНЛ - $20,9 \pm 4$ мин, что существенно меньше, чем при ультрамини-ПНЛ.

Однако, анализ осложнений по адаптированной системе Clavien-Dindo показал, что в группе ультрамини-ПНЛ отмечены осложнения I степени - у 20%, II степени - у 10%, 0 степени - у 80% больных; тогда как в группе стандартной ПНЛ - осложнения I степени - у 50%, II степени - у 20%, 0 степени - у 30% больных, что говорит о меньшей травматичности методики ультрамини-ПНЛ.

Интраоперационное снижение гемоглобина в группе стандартной ПНЛ составило $6,4 \pm 2,3$ г/л, что было выше, чем в группе ультрамини-ПНЛ ($0,8 \pm 0,5$ г/л, $P < ,001$). В обеих группах не было случаев перфорации почечной лоханки, чашечек. У пациентов обеих групп на 1 сутки

гематурия прекратилась спонтанно. Послеоперационная лихорадка отмечена у 12% после стандартной ПНЛ. По данным нативной МСКТ, выполненной на 2 сутки после вмешательства, в группе ультрамини-ПНЛ SFR достиг 91%, тогда как в группе стандартной ПНЛ SFR достиг всего 79%.

Выводы. Ультрамини-ПНЛ позволяет разрушать камни высокой плотности, расположенные во всех отделах ЧЛС почки, в том числе, находящиеся в труднодоступных задне-нижних чашечках. При этом, при выполнении ультрамини-ПНЛ, не смотря на увеличение общей продолжительности оперативного вмешательства и лучевой нагрузки, по сравнению со стандартной ПНЛ, достигается более качественное разрушение почечных камней, меньший травматизм почечной ткани, меньшая кровопотеря, быстрое уменьшение болей в послеоперационном периоде, сокращение койко-дней.

МУЛЬТИДОСТУПНАЯ МИНИПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ ПРИ КРУПНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК

А.А. Ибрагимов - студент 614 группы лечебного факультета

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н. К.М. Арбулиев, доцент, к.м.н. Н.М. Гусниев

Актуальность. Развитие перкутанных малоинвазивных вмешательств, и миниатюризация инструментария явилась причиной появления мини-перкутанной нефролитотрипсии (мини-ПНЛ). Использование во время вмешательства эндоскопического оборудования с маленьким диаметром сводит к минимуму травматизацию почечной ткани, снижает опасность геморрагических осложнений, пункционное отверстие на коже имеет диаметр всего 5 мм, что является преимуществом этого способа перед стандартной ПНЛ. Обычно мини-ПНЛ проводится через одну из нижних чашечек. Однако, при крупных и коралловидных камнях одиночный доступ через эти группы чашечек не всегда позволяет извлечь осколки камней из труднодоступных участков ЧЛС и добиться состояния полного очищения от осколков камней (SFR). Поэтому создание дополнительных доступов через верхние чашечки может улучшить результаты нефролитотрипсии. Доступ в ЧЛС через верхние чашечки сам по себе технически удобен, через него легче ввести инструмент до нижних чашечек и лоханочно-мочеточникового сегмента без травматизации паренхимы почек, легче добиться полного очищения ЧЛС от камней, особенно при камнях в нижней группе чашечек. В связи с этим миниперкутанная нефролитотрипсия с созданием дополнительных доступов может обеспечить более качественное очищение почек от осколков камней. Однако, при высоком перкутанном доступе существует опасность повреждения печени, селезёнки, плевральных синусов.

Цель. Анализ эффективности и безопасности тулиевой лазерной нефролитотрипсии

через два и более миниперкутанных доступа при коралловидных камнях почек.

Материал и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование в ГБУ РД Республиканский урологический центр г Махачкала в период с 2021 по 2023 год. Проанализированы истории болезни 18 пациентов с коралловидными камнями почек, которым проводилась лазерная ПНЛ через два мини-перкутанных доступа, из них было 6 мужчин и 12 женщин в возрасте $42 \pm 7,2$ года. Для уточнения диагноза всем больным проводилось УЗИ почек и МСКТ с контрастированием и 3D-реконструкцией.

Операция у 80% больных проводилась под перидуральной анестезией, а у 20% больных под ЭТН. Всем больным предварительно устанавливался мочеточниковый катетер 6ch. Операции проводили в положении больного на животе. Создание доступов проводилось под ультразвуковым и рентген-телевизионным контролем, с контрастированием через пункционную иглу и ретроградно - через мочеточниковый катетер. Дополнительные доступы в верхние чашечки у 16 больных проводились через 12, а у 2 больных – через 11 межреберье. В ходе операции использовался мини-нефроскоп фирмы Karl Storz Ch-12, лазерный литотриптер FiberLase U2, в качестве источника энергии применялось лазерное волокно толщиной 300 мкрн, мощность импульсов 20-25 Вт. Литотрипсия проводилась в режиме фрагментации. Возникшие в послеоперационном периоде осложнения анализировали по усовершенствованной классификации Clavien-Dindo. Для определения коэффициента очищения почки от камней SFR на 3 сутки всем больным проводили нативную МСКТ.

Результаты исследования. При создании дополнительных доступов через 11 и 12 межреберья не отмечено ни одного случая повреждения плевры, печени, селезёнки. Средний размер конкрементов $39,3 \pm 22,8$ мм, плотность 1228 ± 255 HU. Среднее время операции 98 ± 21 мин, время эндоскопической части 46 ± 25 . Осложнения по усовершенствованной классификации Clavien-Dindo: осложнения I степени – 14 пациентов, II степени-0, III степени-0, IV степени-0, V степени-0. По данным МСКТ, выполненной на 2 сутки SFR достиг 95-100%. Отмечено всего 4 случая повреждения слизистой оболочки ЧЛС и в 10 случаях была преходящая гематурия.

Выводы. Миниперкутанная нефролитотрипсия при коралловидных камнях почек через два доступа, не смотря на некоторое увеличение лучевой нагрузки и интенсивности болей в послеоперационном периоде, позволяет добиться более высокого SFR. При этом не наблюдается существенного повышения количества осложнений. Наличие у специалистов большого опыта выполнения пункционных доступов позволило избежать повреждения плевры, печени, селезёнки.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ БЕЛАРУСИ

П.И. Крупенков – студент 2314 гр. педиатрического факультета,

А.А. Савицкий – студент 2310 гр. педиатрического факультета

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель: ст. преп. С.Н. Чепелев

Актуальность. Тема опроса населения о здоровье и распространенности патологий щитовидной железы в различных регионах Беларуси актуальна, так как заболевания щитовидной железы являются одними из наиболее распространенных эндокринных заболеваний, которые влияют на здоровье людей. Эти патологии могут привести к серьезным нарушениям обмена веществ, сердечно-сосудистой системы, нервной системы и других органов. Изучение распространенности заболеваний щитовидной железы в различных регионах Беларуси имеет большое значение для разработки мероприятий по профилактике и лечению этих заболеваний в населении, а также для оптимизации системы здравоохранения в регионах с высокой заболеваемостью.

Цель: изучение здоровья населения и распространенности патологий щитовидной железы в различных регионах Беларуси на основе результатов опроса.

Материалы и методы. Для написания научной работы был разработан опросник, который включал в себя вопросы о здоровье и наличии патологий щитовидной железы, а также о факторах, которые могут влиять на заболеваемость (например, наличие генетической предрасположенности, курение, уровень загрязнения окружающей среды).

Результаты и их обсуждение. Из результатов опроса, было установлено, что наибольшее количество людей, страдающих заболеваниями щитовидной железы, проживает в Гомельской области (27,9%). На втором месте по распространенности заболеваний щитовидной железы находится Минская область (25,3%), на третьем месте — Могилевская область (17,7%). Наименьшее количество людей, страдающих заболеваниями щитовидной железы, было обнаружено в Витебской области (11,5%), на четвертом месте — в Гродненской области (10,7%), а на пятом месте — в Брестской области (6,9%). Следовательно, необходимо уделить большое внимание профилактике и лечению заболеваний данной железы в регионах с высокой распространенностью этой патологии, а также организации скрининговых программ для раннего выявления заболеваний. Так же 44% респондентов заявили, что обращались к врачу по поводу патологии щитовидной железы, 32% респондентов не обращались к врачу, даже если у них возникли симптомы заболевания щитовидной железы.

Выводы. По результатам данного исследования было выявлено, что проблемы со здоровьем щитовидной железы довольно распространены среди жителей Беларуси. Большинство респондентов отметили, что они не проходили регулярные обследования щитовидной железы и не знают свой уровень гормонов, выделяемых данной железой. В разных регионах Беларуси выявлены различные уровни распространенности патологий щитовидной железы, что может быть связано с различиями в экологической ситуации, уровне здравоохранения и других факторах. Важно проводить информационную работу среди населения о необходимости регулярных обследований, а также обращаться к врачам в случае наличия каких-либо симптомов, связанных с данной железой.

ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАЦИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ СО СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

С.М. Мирзаханов – студент 5 курса лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н. профессор Р.М. Рагимов, д.б.н. доцент Н.М. Абдуллаева

Введение. Бронхиальная астма – хроническое персистирующее воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующаяся гиперреактивностью бронхов, обструкцией и появлением респираторных симптомов. В настоящее время распространённость бронхиальной астмы среди взрослого населения по разным данным составляет около 7 процентов. Бронхиальная астма без базисной терапии имеет прогрессирующее течение. Длительный контроль заболевания достигается благодаря препаратам из группы базисной терапии, к которым относят ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). Эти препараты применяют при персистирующей бронхиальной астме независимо от степени тяжести. Фармакологическое действие направлено на снижение гиперреактивности, отёка слизистой бронхов, уменьшение продукции слизи. Это достигается за счет угнетения синтеза лейкотриенов и простагландинов, снижения синтеза цитокинов, торможения миграции воспалительных клеток, повышения числа активных β -адренорецепторов в бронхах, что позволяет уменьшить симптомы заболевания и частоту обострений бронхиальной астмы. Но, как и любые другие медикаментозные препараты, ИГКС имеют ряд побочных эффектов: кандидоз ротоглотки, умеренное раздражение слизистой оболочки глотки, кашель, сухость во рту. При ингаляционной терапии существует вероятность возникновения парадоксального бронхоспазма с быстрым усилением одышки.

Цель: исследование частоты побочных действий ингаляционных глюкокортикостероидов со стороны дыхательной системы у детей, страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы. В данной работе проанализировано 139 медицинских карт детей в возрасте от 3 до 17 лет, проходивших лечение в ГБУ РД "РДПЦ" г. Махачкалы. Были определены 3 исследуемые группы. В первую группу вошел 71 пациент, получавший «Пульмикорт» в дозах 500-1000 мкг в сутки более года, во вторую – 55 пациентов, получавших на стационарном лечении «Пульмибуд» и в третью – 13 пациентов, которые получали на стационарном лечении «Будесонид-натив».

Результаты исследования. В первой исследуемой группе грибы рода *Candida* выявлены у 11 пациентов, что составило $15,4 \pm 4,3\%$. Раздражение слизистой оболочки ротоглотки и сухость рта отмечалось у 14 пациентов ($19,7 \pm 4,7\%$), бронхоспазм не отмечался. Во второй исследуемой группе сухость рта у 8 пациентов ($14,5 \pm 4,8\%$), бронхоспазм не отмечался. В третьей исследуемой группе у 2 пациентов ($15,3 \pm 10,4\%$) отмечался парадоксальный бронхоспазм, одышка, приступообразный кашель, гиперемия кожи лица.

Выводы. Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что наиболее эффективными и с меньшими побочными эффектами из группы ИГКС являются препараты «Пульмикорт» и «Пульмибуд». «Будесонид-натив» следует применять с осторожностью и в первый раз исключительно под контролем врача. Настоятельно рекомендуется при приеме этих препаратов обязательно полоскать рот теплой водой с целью снижения риска развития кандидоза полости рта.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

М.М. Меджидов - студент 301 группы стоматологического факультета

Кафедры фармакологии и терапевтической стоматологии

ФБГОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова,

к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова, д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

Актуальность. Среди актуальных проблем современной стоматологии заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест. Эта проблема приобретает не только медицинскую, но и социальную значимость, что обусловлено, прежде всего, широкой распространенностью и интенсивностью поражения всех возрастных групп населения нашей страны [1]. Однозначно это касается и Республики Дагестан с учетом ее разнообразных климатогеографических условий, разных экологических зон, низкого санитарного уровня населения.

По данным ВОЗ частота пародонтита и гингивита колеблется от 60-90%. Многочисленные исследования последних двух десятилетий посвящены изучению различных сторон иммунопатогенеза заболеваний пародонта и его связи с микробным фактором. Было убедительно показано, что при разных стадиях и формах поражений пародонта имеются неоднозначные нарушения иммунного статуса [2, 3, 6]. В связи с этим актуальность данной патологии не вызывает сомнения.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности отечественного иммуномодулирующего и противовоспалительного средства Галавита в комплексном лечении пациентов хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) средней и тяжелой степени.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился 81 пациент (46 женщин и 35 мужчин) с ХГП разной степени тяжести (25 пациентов со средней степенью и 56 пациентов с тяжелой степенью). Все пациенты были разделены на две группы.

Контрольную группу составили пациенты средней и тяжелой степени тяжести ХГП - им проводилось комплексное стандартное лечение, которое включало профессиональную гигиену, хирургическое лечение (кюретаж, открытый кюретаж) с использованием современных остеопластических материалов, и необходимое ортопедическое лечение.

Основную группу составили также пациенты средней и тяжелой степени тяжести ХГП, которым к стандартной терапии дополнительно подключали иммуномодулирующую и противовоспалительную терапию, в частности используя препарат Галавит (начальная доза — 100 мг ежедневно 5 инъекций, затем по 100 мг с интервалом 72 ч. Курс — 15 инъекций).

Галавит (производитель: Сэлвим ООО - Россия) – иммуномодулирующий препарат с противовоспалительным действием. Действующее вещество: - аминодигидрофалазиндион натрия. Механизм действия связан со способностью влиять на функционально-метаболическую активность макрофагов. При воспалительных заболеваниях обратимо ингибирует избыточный синтез провоспалительных цитокинов, активных форм кислорода. Препарат стимулирует бактерицидную активность нейтрофильных гранулоцитов, усиливая фагоцитоз и повышая неспецифическую резистентность организма к инфекционным заболеваниям [4, 5].

Клиническое состояние пародонта оценивали по клиническим симптомам в динамике: до лечения, сразу после него, а также через 6 и 12 месяцев после терапии..

Результаты исследования. Кровоточивость десен до лечения отмечалась у всех пациентов как контрольной, так и основной групп (табл. 1).

Таблица 1

Частота (в %) кровоточивости десен пациентов пародонтитом контрольной и основной групп в процессе комплексного лечения

Степень тяжести пародонтита	Группы обследованных пациентов	До лечения	Сразу после лечения	Через 6 месяцев после лечения	Через 12 месяцев после лечения
средняя	Контрольная	100,0	11,6	13,9	14,8
	Основная	100,0	5,1	3,2	1,4
тяжелая	Контрольная	100,0	25,3	29,9	38,7
	Основная	100,0	12,1	7,6	4,5

Сразу после лечения у пациентов контрольной группы со средней степенью тяжести ХГП кровоточивость уменьшилась, далее во все наблюдения этот показатель оставался примерно на одном и том уровне. У пациентов данной группы с тяжелой степенью тяжести ХГП кровоточивость также уменьшилась, однако, начиная с 6 месяцев, была отмечена тенденция к ее значительному увеличению.

Рассматривая кровоточивость десен как один из важных и часто встречающихся симптомов клиники ХГП, можно заключить, что у пациентов основной группы со средней степенью тяжести ХГП после комплексного лечения с включением в комплексное лечение препарата Галавита, наибольший лечебный эффект отмечен сразу же после терапии и он сохранился таковым вплоть до 12 месяцев после неё. При комплексной терапии пациентов с тяжелой степенью ХГП устранение кровоточивости десен достигалось в 87,9% случаев. В последующие сроки наблюдения этот показатель сохранил тенденцию к некоторому его снижению.

Частота гнойного отделяемого из пародонтальных карманов, как один из часто встречающихся признаков пародонтита, использована для оценки эффективности комплексной терапии (табл. 2). Как видно из данных таблицы, гноетечение у пациентов контрольной группы со средней степенью тяжести ХГП как сразу после лечения, так и через 6 месяцев после него не отмечалось, однако к 12 месяцам после него этот симптом возобновился у 10,5% пациентов. Что касается пациентов контрольной группы с тяжелой степенью тяжести ХГП, то здесь, хотя и сразу после лечения гноетечение не было отмечено, однако в дальнейшие сроки (6 и 12 месяцев после терапии) наблюдения этот симптом имел тенденцию к возобновлению по нарастающей траектории.

Таблица 2

Частота (в %) гноетечения пародонтальных карманов пациентов пародонтитом контрольной и основной групп в динамике после комплексного лечения

Степень тяжести пародонтита	Группы обследованных пациентов	До лечения	Сразу после лечения	Через 6 месяцев после лечения	Через 12 месяцев после лечения
средняя	Контрольная	61,9	отсутствует	отсутствует	10,5
	Основная	61,6	отсутствует	отсутствует	отсутствует
тяжелая	Контрольная	75,7	отсутствует	15,7	21,7
	Основная	82,6	отсутствует	11,1	0,3

В основной группе пациентов со средней степенью тяжести пародонтита динамика частоты гноетечения характеризовалась ее отсутствием вплоть до 12 месяцев после терапии.

При тяжелой степени ХГП влияние Галавита на частоту гноетечения в данной группе также отразилось положительным эффектом во все сроки наблюдений.

Выводы. Таким образом, применение иммуномодулирующего и противовоспалительного препарата Галавита в комплексном лечении наиболее эффективно у пациентов со средней степенью тяжести ХГП, что и обосновывает целесообразность включения данного лекарственного средства в комплексную терапию этого заболевания.

Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать данный способ терапии ХГП для широкого использования в клинической стоматологической практике.

Литература

1. Слажнева Е.С., Атрушкевич В.Г., Орехова Л.Ю., Лобода Е.С. Распространенность заболеваний пародонта у пациентов с различным индексом массы тела. Пародонтология, 2022. – Т. 27. - № 3. - С.202-208.
2. Дзюба Е.В., Нагаева М.О., Жданова Е.В. Роль иммунологических процессов в развитии воспалительных заболеваний пародонта и возможности их коррекции / Проблемы стоматологии. Екатеринбург, 2019. - Том 15. - № 2. – С. 23 -31. DOI: 10.18481/2077-7566-2019-15-2-25-31.
3. Заболотный, Т. Д. Состояние местного и системного иммунитета у больных с разным течением генерализованного пародонтита / Т. Д. Заболотный, Ю. Л. Бандрицкий В. Т. Дырык // Стоматология. – 2016. – Т. 95, № 6. – С. 23–25.
4. Гаража, Н. Н. Цитоэнзимохимическая оценка применения препарата "Галавит" в терапии хронического генерализованного пародонтита / Н. Н. Гаража, Ю. Н. Майборода, Т. В. Маркина // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – № 4 (24). – С. 21–24.
5. Майборода, Ю. Н. Оценка эффективности иммуномодулятора «Галавит» при лечении обострившегося катарального гингивита / Ю. Н. Майборода, Т. В. Маркина, Э. В. Уряшева // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 3 (27). – С. 25–28.
6. Periodontal disease at the biofilm-gingival interface. Offenbacher S, Barros SP, Singer RE, Moss K, Williams RC, Beck JD. J Periodontol. 2007 Oct;78(10):1911-25. doi: 10.1902/jor.2007.060465.

ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

М.М. Меджидов - студент 301 группы стоматологического факультета

Кафедры фармакологии и терапевтической стоматологии

ФБГОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова, к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова,

д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

Актуальность. Язвенные и десквамативные поражения полости рта являются частью общих расстройств, которые могут поражать только полость рта и часто могут быть наиболее ранними проявлениями всего комплекса.

Отсутствие эффективности лечения тяжелых форм рецидивирующего афтозного стоматита (РАС) обусловлено, в значительной степени, недостаточной информированностью врачей о механизмах патогенеза заболевания и отсутствием дифференцированного подхода к лечению данной патологии.

Клинический анализ, проведенный на базах кафедры терапевтической стоматологии, а также данные литературы, свидетельствуют о том, что тяжелые формы РАС протекают на фоне снижения реактивности организма, уменьшения функции нейтрофилов, падения уровня лизоцима и иммуноглобулинов.

Цель исследования: оптимизация лечения рецидивирующего афтозного стоматита.

Материалы и методы исследования. Проведено клиническое обследование и лечение 65 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет. С фиброзной (30), рубцующей (20) и деформирующей формой (15). Мужчин было - 25, женщин - 40. Перманентное течение заболевания отмечено у 25 пациентов. Для клинической картины рубцующегося афтозного стоматита характерно образование на различных участках слизистой оболочки рта и глотки язв размерами 0,5-1,5 см, имеющих округлую, овальную или щелевидную форму. Эпителизация происходила в сроки от 1 до 3 месяцев. После эпителизации оставались рубцы. Деформирующая форма РАС проявлялась глубокими язвами, покрытыми некротическими налетами, резкой болезненностью. Сроки эпителизации при этой форме от 2 до 4 и более месяцев. У 5 пациентов процесс начинался с поражения слизистой оболочки зева и глотки, после заживления оставались рубцы, деформация в области зева отмечена у 2 пациентов, в области мягкого неба - у 1, длительность течения заболевания 15-20 лет, рецидивы у пациентов наблюдались 3-5 раз в год. У одного больного стоматит Сеттона сочетался с перманентно текущим язвенно-некротическим процессом в области гениталий.

Все больные были обследованы на сопутствующую патологию (с участием терапевта, эндокринолога, оториноларинголога, гематолога). 20 пациентов страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 25 пациентов - железодефицитной анемией, 10 пациентов - заболеваниями печени, хронические очаги инфекции выявлены у 75 пациентов. Лечение пациентов проводили одновременно со специалистами общего профиля. Местное лечение начинали с применения обезболивающих средств, одновременно обладающих противовоспалительными и эпителизирующими свойствами (Динаксан-гель, Паравит-гель). Следующим этапом местного лечения являлось применение антисептиков (0,2 % Хлоргексидина, **Корсодил**). Проводилась ферментотерапия (Терролитин) с последующим применением препарата, способствующего эпителизации участков поражения - в частности применяли Солкосерил дентальную адгезивную пасту. Для повышения резистентности организма назначали Т-активин, в\м по 40 мкг, на курс лечения 10 инъекций; Лейкинферон, в\м по 2,0, на курс лечения 10 инъекций. Для ускорения эпителизации назначали Солкосерил, в\м, 20 инъекций по 2,0 через день,

Акговегин по 2,0 - 15-20 инъекций, в\м. Одновременно назначали Пиродоксальфосфат, в\м, 15 инъекций на курс лечения. Курсы лечения повторяли через 6-12 месяцев. Эффективность лечения оценивали на основании клинических данных (сроки эпителизации язв, частота рецидивов, длительность ремиссии, изменение характера течения заболевания).

Результаты исследования. Отдаленные результаты лечения пациентов с тяжелыми формами рецидивирующего афтозного стоматита прослежены в сроки от 1 до 5 лет. В группе пациентов с рубцующейся формой (20) результаты лечения оценивали через 5 лет. У пациентов, получивших иммуностимулирующую терапию (Имудон по 6 таблеток в день - 20 дней, повторные курсы через 6 месяцев) клиническое выздоровление выявлено у трех, число рецидивов сократилось до 3 раз в году у 8 пациентов, у 9 пациентов афтозные высыпания появлялись периодически, однако уменьшилась их болезненность, сократились сроки эпителизации.

Выраженный лечебный эффект наблюдался у пациентов с включением в лечебный комплекс Т-активина. Терапия Т-активином с одновременным назначением Солкосерила и Пиродоксальфосфата позволила добиться клинического выздоровления у 25 пациентов с рубцующейся и деформирующей формами заболевания. В течение 3 лет у них не было обострения патологии. У 9 пациентов удалось перевести тяжелую форму стоматита в более легкую фиброзную форму. Сокращение числа рецидивов до 3-4 в год при перманентно текущей форме поражения отмечено у 5 пациентов.

У 1 пациента с рубцующейся формой рецидивирующего афтозного стоматита частота появления язв на слизистой оболочке полости рта не изменилась, хотя язвы стали менее болезненными и в размерах - значительно меньшими. Только у 1 пациента клиническая картина заболевания оставалась без положительной динамики. Все остальные пациенты (63 человека) отметили после лечения значительное улучшение общего состояния, уменьшение рецидивов заболевания, удлинение периода ремиссии.

Вывод. Предложенный способ лечения рецидивирующего афтозного стоматита демонстрировал свою высокую эффективность применения. На этом основании рекомендуется широкое использование данного метода в клинической практике терапевтической стоматологии.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ АУТИЗМА

В.Н. Крыжевникова, А.В. Анацко – студенты 2310 гр. педиатрического факультета

Кафедра фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель – к.б.н., доцент Г.С. Любин

Актуальность. Аутизм — это расстройство развития нервной системы с многофакторной этиологией, характеризующееся стойким дефицитом социальной коммуникации и социального взаимодействия, а также наличием ограничительных и стереотипных моделей поведения, интересов или видов деятельности. Распространенность

этого диагноза возросла за последние несколько десятилетий, и неясно, связано ли это исключительно с повышением осведомленности медицинских работников о более легких формах расстройства.

Основными целями лечения являются обеспечение максимальной функциональной независимости ребенка и качества его жизни путем сведения к минимуму основных признаков расстройства аутистического спектра, содействия развитию и обучению, содействия социализации, снижения неадаптивного поведения, а также просвещения и поддержки семей. Рекомендуемое лечение включает различные виды терапии, которые включают прикладной поведенческий анализ, логопедию и терапию сенсорной интеграции.

Несмотря на то, что существуют лекарственные препараты, используемые для лечения аутизма, их эффективность и безопасность остаются под вопросом. В настоящее время ведутся интенсивные исследования в области фармакокинетики и фармакодинамики новых препаратов, которые могут помочь понять, как эти лекарства взаимодействуют с организмом, как быстро они вводятся и выводятся из организма, и какие механизмы воздействия используются в терапии аутизма. Исследования в этой области могут привести к разработке более эффективных и безопасных препаратов для борьбы с аутизмом, что может существенно улучшить качество жизни пациентов и их близких.

Цель исследования. изучить фармакокинетику и фармакодинамику новых препаратов для лечения аутизма, и предложить эффективные способы увеличения их эффективности и снижения побочных эффектов.

Материалы и методы исследования. Был проведён анализ научных и практических статей, научных журналов и специализированных изданий. Просмотр и анализ электронных ресурсов, методических пособий, видеоматериалов, по теме фармакокинетики и фармакодинамики новых препаратов для лечения аутизма.

Результаты исследования. Арсенал препаратов для лечения аутизма включает следующие группы ЛС: нейролептики (мишень- дофаминовые рецепторы), антидепрессанты (мишень-моноаминовые нейромедиаторы), противосудорожные (мишень- ионные каналы), транквилизаторы (мишень- ГАМК-эргические синапсы), ноотропные (мишень- мозговой метаболизм). Научная работа, посвященная оценке фармакокинетики и фармакодинамики новых препаратов для лечения аутизма, была проведена с целью установления эффективности и безопасности данных препаратов. Результаты исследования показали, что новые препараты для лечения аутизма обладают высокой эффективностью и безопасностью. Блокаторы глутаматных рецепторов демонстрировали способность улучшать социальное поведение и коммуникативные навыки у пациентов с аутизмом. Ингибиторы метаболизма серотонина также оказывали положительный эффект на социальное поведение и уменьшали стереотипные движения. Антагонисты рецепторов окситоцина, в свою очередь, демонстрировали

способность улучшать социальное поведение и уменьшать тревожность у пациентов с аутизмом.

Выводы. В результате проведенной научной работы были получены данные о фармакокинетике и фармакодинамике нескольких новых препаратов для лечения аутизма. Были рассмотрены такие параметры, как скорость всасывания, распределение, метаболизм и выведение данных препаратов. Результаты исследования показали, что новые препараты обладают высокой эффективностью и безопасностью, что может значительно улучшить качество жизни пациентов с данной патологией. Блокаторы глутаматных рецепторов, ингибиторы метаболизма серотонина и антагонисты рецепторов окситоцина демонстрировали положительный эффект на социальное поведение и уменьшали стереотипные движения у пациентов с аутизмом. Таким образом, научная работа подтверждает перспективность новых препаратов для лечения аутизма и необходимость дальнейших исследований в этой области.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ДЕРИВАТИЗАЦИИ МОНОСАХАРИДОВ С ПОМОЩЬЮ ЭТИЛОВОГО ЭФИРА 4-АМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ

Е.А. Горобец - студент, лаборант-исследователь
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава РФ, Томск, Россия

Научный руководитель - к.х.н. С.В. Кривошеков

Актуальность. Углеводы являются одними из самых распространенных соединений в природе, при этом они обладают высокой биологической активностью, оказывая многокомпонентное воздействие на организм, они повышают его резистентность. В связи с этим возрастает интерес к полисахаридам как лекарственным средствам.

Функциональные группы моносахаридов представлены в основном спиртами, альдегидами и кетонами, что приводит к образованию внутримолекулярных полуацеталей и кеталей со слабым УФ-поглощением. С этим связана трудность их анализа непосредственно с помощью обычных УФ-детекторов. Поэтому при использовании широко распространённых спектрофотометрических детекторов требуется предварительная дериватизация молекул, которая заключается в химической модификации сахара хромофорными группами. Наиболее хорошо зарекомендовавшая себя тактика анализа моносахаридов, основана на процедурах дериватизации с использованием таких реагентов, как 2,4-динитрофенилгидразин, 1-фенил-3-метил-5-пиразолон, этиловый эфир 4-аминобензойной кислоты, последний из которых является более доступным и стабильным реагентом [1].

Цель. Разработка методики дериватизации моносахаридов этиловым эфиром 4-аминобензойной кислоты (АВЕЕ-реактив) и хроматографического разделения дериватов для качественного и количественного определения моносахаридного состава полисахаридов методом ВЭЖХ с УФ-детектированием.

Материалы и методы. Дериватизацию моносахаридов проводили с помощью ABEE-реактива [2].

Предварительно производили очистку этилового эфира 4-аминобензойной кислоты, которая заключалась в растворении вещества этиловом спирте при температуре 30 °С, очистке с помощью активированного угля и алюминия оксида, с последующей фильтрацией и перекристаллизацией [3].

Раствор ABEE-реактива готовили путем смешивания этилового эфира 4-аминобензойной кислоты (165 мг, 1,0 ммоль), цианоборгидрида натрия (35 мг, 0,56 ммоль), ледяной уксусной кислоты (41 мкл, 0,72 ммоль) и теплого метанола (0,35 мл).

В эппендорф, содержащий 10 мкл водного раствора моносахарида (1-3 мг/мл), добавляли 40 мкл раствора ABEE-реактива и смесь нагревали в термостате при 80°С в течение 1,5 ч, после ее охлаждали до комнатной температуры. Затем проводили экстрагирование с помощью 0,2 мл очищенной воды и 0,2 мл хлороформа, энергичного встряхивания и центрифугировали в течение 1 мин. Верхний водный слой анализировали на ВЭЖХ хроматографе Милихром А-02 (Эконова, Россия). В качестве неподвижной фазы использовали колонку prontoSIL 120-5 C18. Температура термостата – 45 °С, подвижная фаза: элюент А – 10% Ацетонитрил (MeCN) : 90% Воды : 0,02% Трифторуксусной кислоты (TFA); элюент В – 10% MeCN : 90% Воды : 0,02% TFA, скорость потока 1,2 мл/мин, вводимый объем: 2 мкл.

Результаты исследования. Подобранные нами условия дериватизации позволяют получить аналиты, которые хорошо детектируются в УФ при длине волны 260 нм. Объем удерживания для рибозы равен 379 ± 1 (RSD=0,36%), для ксилозы 385 ± 3 (RSD=0,37%), для арабинозы 380 ± 1 (RSD=0,26%), для глюкозы 340 ± 1 (RSD=0,29%), для галактозы 336 ± 2 (RSD=0,26%), для глюкуроновой кислоты 364 ± 1 (RSD=0,16%), для галактуроновой кислоты 364 ± 1 (RSD=0,16%). В исследуемом диапазоне концентраций моносахаридов наблюдали линейную зависимость площади пика с приемлемыми значениями коэффициента корреляции.

Выводы. Исследование показало возможность качественного и количественного определения моносахаридов, меченных этиловым эфиром 4-аминобензойной кислоты.

Список литературы

1. Toratane Munegumi, Akito Goto. Reversed-phase high-performance liquid chromatography of disaccharides labeled by 4-aminobenzoic acid ethyl ester // Der Pharma Chemica – 2014. №6(1). - С. 248-252.
2. Shoichi Yasunoa, Takeomi Murataab, [и др.]. Two-mode Analysis by High-performance Liquid Chromatography of p-Aminobenzoic Ethyl Ester-derivatized Monosaccharides // Bioscience, Biotechnology, and Biochemistry - 1997. №61 (11). - С. 37-41.
3. Патент РФ RU 2 594 480 «Способ очистки парааминобензойной кислоты»

WHAT IS THE EFFECT OF VITAMINS ON THE DEVELOPMENT OF CANCER?

Kunakkulova Z.T., Karabaeva S.A. (students)

Department of Foreign Languages,

Bashkir state medical University, Ufa

Scientific Advisor – English teacher at BGMU, Master of philology Gholami H. H.

Abstract: in this article, we wanted to consider the role of vitamins in carcinogenesis. Having studied the causes of the development of tumors and the functions of various vitamins, we made conclusions about their influence on the growth of malignant neoplasms.

Key words: *Carcinogens, vitamins, tumor*

Relevance

For all the time of its existence, humanity has been affected and is still affected by a very large number of diseases. Nowadays, one of the most intractable problems is the treatment of neoplasms. Malignant tumors, unfortunately, have always been relevant: the first mention of them dates back to 1600 BC in the ancient Egyptian papyrus of Edwin Smith.

This merciless disease is terrifying with high mortality - in 2021, oncology caused the death of 283 thousand people in Russia alone! And the forecasts are not getting better, because a medicine with a 100% effect has not yet been found. Scientists every day are looking for that very “magic pill” ...

But in fact, we already know a lot about cancer.

Purpose of the work: to determine the effect of vitamins on the growth and development of malignant tumors

Materials and methods

The following methods were used in the work: selection and analysis of literature on the research problem, processing, quantitative and qualitative analysis of data obtained as a result.

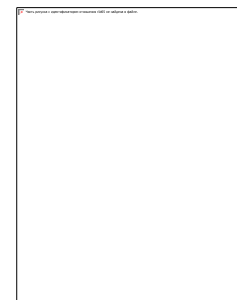
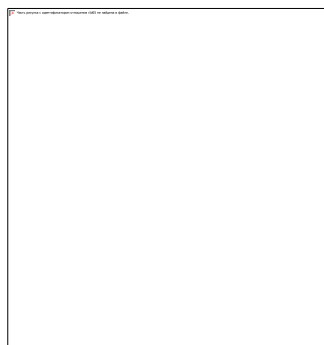
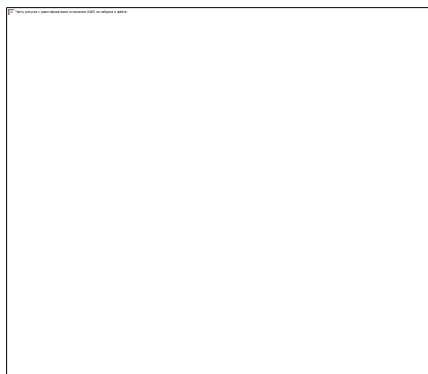
Results and discussions

Cancer is a multi-causal disease, so it is difficult to accurately determine its etiology in a particular case. Factors that lead to the formation of a malignant tumor are called carcinogenic. They can be chemical, physical or biological in nature.

Most chemical carcinogens are organic. These are, for example, nitrates and nitrites, pesticides, benzpyrene, alkaloids, polycyclic aromatic carbohydrates, aflatoxins, vinyl chloride, benzene, various food additives and others.

Picture 1.

Examples of organic toxic substances



What is the mechanism of their action? All these substances are electrophiles (electrophiles are compounds whose molecules have a free orbital at the last energy level). Due to this, they can easily form covalent bonds with the nucleophilic groups of the nitrogenous bases of nucleic acids, mainly with DNA. At the same time, carcinogens modify the body's genome, as a result of which matrix processes are disrupted: DNA replication, transcription and translation, which most often leads to mutations and, accordingly, the formation of a malignant tumor.

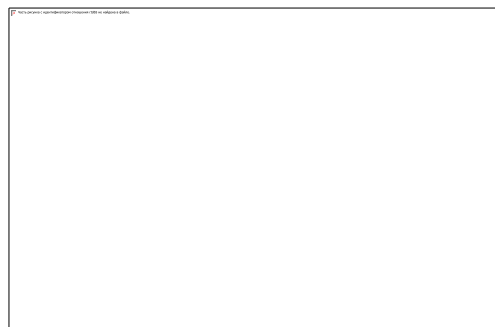
Recently, a group of endogenous carcinogens has also been distinguished, which includes substances that are synthesized in the body itself and can cause oncology. For example, these are the breakdown products of bile acids, the end products of oxidation and reoxidation of unsaturated fatty acids, and compounds that occur when the metabolism of such amino acids as tyrosine and tryptophan is disturbed. Hypovitaminosis, lack of ascorbic acid (vitamin C), hormonal imbalance, protein metabolism disorders, etc. lead to the formation of these substances in the body.

Hypovitaminosis is a lack of vitamins. As it turned out, this condition greatly affects the susceptibility of the body to tumor cells, their growth and spread (metastasis). Vitamins are not only involved in metabolism, support immunity, contribute to the overall development of the body, but also have an antioxidant effect.

Antioxidants are substances that bind free radicals, that is, those that are the root cause of cancer.

Picture 2.

Formula of ascorbic acid

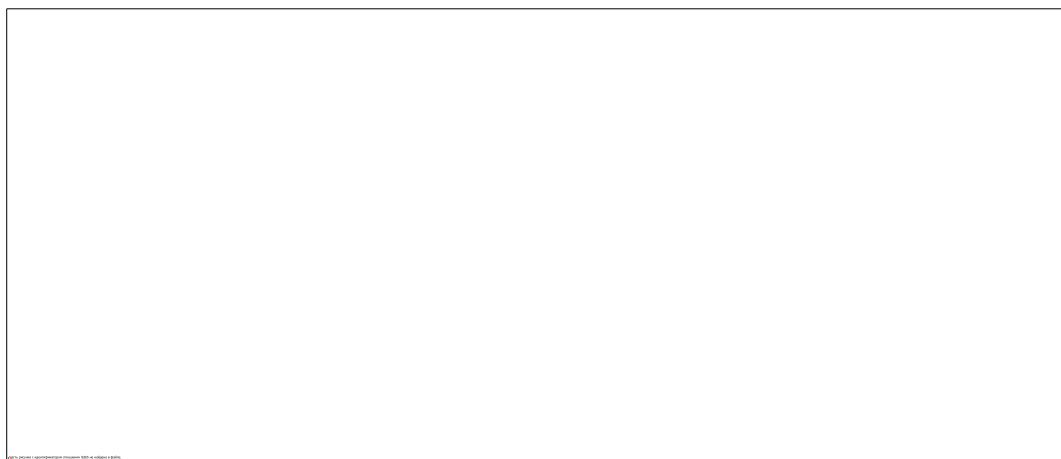


Ascorbic acid has the greatest antioxidant effect among all other vitamins. This activity is due to the ability of vitamin C to easily donate two hydrogen atoms H, which are involved in the

neutralization of free radicals. In this case, the second form of vitamin C is formed - oxidized, in the form of dehydroascorbic acid DAA (but it is unstable).

Picture 3.

Oxidation reaction of vitamin C



In the body, vitamin C is necessary to protect iron in the composition of hemoglobin and oxyhemoglobin from oxidation, lipoproteins in blood plasma from oxidation by peroxide radicals (anti-atherogenic effect). In addition, it prevents the destruction of other antioxidants - tocopherol and bioflavonoids. The stimulating effect of vitamin C on the activity of cytochrome P-450, the key enzyme of hydroxylation and peroxidation, has also been proven, namely, the maintenance of iron in its composition in a reduced state.

The anticarcinogenic effect of ascorbic acid is manifested not only in its antioxidant properties, but also in the ability to prevent the formation of carcinogens from nitrites and amino compounds in the acidic environment of the stomach.

Conclusion and conclusions

The anticarcinogenic activity of vitamins has been proven, it is only necessary to study this topic more deeply and learn how to apply it correctly in practice. I would like to believe that in the

future this property of vitamins will be one of the effective means in the fight against cancer.

List of literature:

1. Bychkova G.Yu., Trich M.V. What you need to know about carcinogens Dokuchaeva, E. A. General biochemistry: Vitamins: workshop / E. A.
2. Dokuchaeva, V. E. Syakhovich, N. V. Bogdanova; ed. S. B. Bokutya. - Minsk: Information Center of the Ministry of Finance, 2017. - 52 p.
3. Polosyants O.B., Aleksanyan L.A. Antioxidant vitamins in the prevention and treatment of cardiovascular diseases. breast cancer. 2005;11:780.
4. Z. N. Khismatullina. Features of the stages of chemical, physical and viral carcinogenesis
5. [<http://referatdb.ru/biolog/21129/index.html>]

ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ ГИПОКСИИ И ВИТАМИНА Е И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА ОБЪЁМ И КОНЦЕНТРАЦИЮ ВНИМАНИЯ

К.Н. Мирзабекова - студентка 339 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители - к.ф.н., доцент Х.Н.Насрулаева

Научный руководитель - к.м.н., доцент Р.Г. Магомедова

Научный руководитель - старший преподаватель П.М. Магомедова

Актуальность. Гипокситерапия - новейшее направление в современной медицине, которое направлено на лечение различных заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной, эндокринной систем. Данная методика относится к методам восстановительной медицины. В большинстве научной медицинской литературы понятие «гипоксия» трактуется как «патологический процесс, возникающий при недостаточном снабжении тканей и органов кислородом». Но современная медицина доказала, что недостаток кислорода может возникать в организме и в естественном состоянии, а не только при повышенной нагрузке на какой-либо орган. О чем свидетельствует постоянное наличие в крови молочной кислоты. Было замечено также, что частые подъёмы в горы, где организм испытывает недостаток кислорода, повышает устойчивость организма к холоду, различным инфекциям, интоксикациям.

Цель работы: выяснить влияние дозированной гипоксии и приёма профилактических доз витаминов С и Е на объём и концентрацию внимания студентов 1-го курса.

Материалы и методы исследования: использовался буквенный вариант «корректирующей пробы». Объём внимания оценивали по количеству просмотренных букв, концентрация — по количеству сделанных ошибок.

Результаты исследования: под наблюдением находилось 60 студентов , 3 курса

медицинского колледжа им. Башларова г.Каспийск, которые были разбиты на 2 группы. Первая группа проводила тренировки по задержке дыхания (дозированная гипоксия), вторая — кроме задержки дыхания — принимала витамин С (по 0,1 г ежедневно) и витамин Е (по 0,1 г через 2 дня на 3-й) в течение 2 месяцев. Задержки дыхания осуществлялись на вдохе и выдохе с постепенным увеличением экспозиции с 20 до 40 секунд 3 раза в день. Дополнительно во всех группах на занятиях физической культурой 2 раза в неделю проводились специальные дыхательные упражнения, состоящие из комплекса нижнего (диафрагмального), среднего (грудного) и полного дыхания. При кратковременной гипоксии активизируются кровообращение и дыхание

В результате исследования было выявлено, что объем внимания после тренировок в обеих группах достоверно увеличился, а количество ошибок уменьшилось. Показатели в группах, принимавших наряду с гипоксией витамины С и Е, были несколько выше.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что дозированная гипоксия, профилактические дозы витаминов С и Е, а также дыхательные упражнения повышают параметры внимания и могут быть рекомендованы для тренировки адаптивных механизмов студентов высших и средних учебных заведений.

Литература:

1 Новиков В. Е., Катунина Н. П. Фармакология и биохимия гипоксии // Обзоры по клинич. фармакол. и лек. терапии. 2002. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/farmakologiya-i-biohimiya-gipoksii> (дата обращения: 02.05.2023).

2. Солкин А. А., Белявский Н. Н., Кузнецов В. И., Николаева А. Г. Основные механизмы формирования защиты головного мозга при адаптации к гипоксии // Вестник ВГМУ. 2012. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-mehanizmy-formirovaniya-zaschity-golovnogo-mozga-pri-adaptatsii-k-gipoksii> (дата обращения: 02.05.2023).

3. Азимова Ю.Э., Алферова В.В., Амелин А.В., Артеменко А.Р., Ахмадеева Л.Р., Екушева Е.В., Каракулова Ю.В., Корешкина М.И., Курушина О.В., Латышева Н.В., Лебедева Е.Р., Наприенко М.В., Осипова В.В., Павлов Н.А., Парфенов В.А., Рачин А.П., Сергеев А.В., Скоробогатых К.В., Табеева Г.Р., Филатова Е.Г. Клинические рекомендации «Головная боль напряжения (ГБН)». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(2-3):4-28.

Azimova YE, Alferova VV, Amelin AV, Artemenko AR, Akhmadeeva LR, Ekusheva EV, Karakulova YuV, Koreshkina MI, Kurushina OV, Latysheva NV, Lebedeva ER, Naprienko MV, Osipova VV, Pavlov NA, Parfenov VA, Rachin AP, Sergeev AV, Skorobogatykh KV, Tabeeva GR, Filatova EG. Clinical Guidelines for Headache Stress (HBS). *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2022;122(2-3):4-28. (In Russ.)

<https://doi.org/10.17116/jnevro20221220234>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДОРСОПАТИИ ПОЯСНИЧНОГО И ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛОВ

**Х.О. Османова - студентка 320 гр. лечебного факультета, О.А. Османов - врач невролог,
мануальный терапевт, Э.С. Рустамова - студентка 320 гр. лечебного факультета
Кафедра фармакологии**

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - ассистент кафедры П.М. Магомедов

Актуальность: Дорсопатия - одна из наиболее актуальных проблем современной медицины. Занимают первое место по распространенности среди заболеваний опорно-двигательного аппарата. Поясничный отдел позвоночника подвергается значительной нагрузке веса тела на протяжении всей жизни и большего всего страдает при поднятии тяжестей. Дорсопатия поясничного и пояснично-крестцового отдела в 70-90% сопровождается выраженной дорсалгией, которая является причиной длительной нетрудоспособности и лишает больных покоя.

Цель исследования: представить результаты эффективного комбинированного медикаментозного лечения для купирования болевого синдрома при дорсопатии поясничного и пояснично-крестцового отделов.

Материалы и методы исследования: проанализированы результаты лечения 80 пациентов - из них 31 (38,75%) мужского и 49 (61,25%) женского пола в возрасте от 22 до 83 лет, с клинической картиной дорсопатии поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника в стадии обострения или затянувшегося обострения, сопровождавшихся компрессионными преимущественно корешковыми синдромами. Все пациенты отмечали наличие болевого синдрома, ограничение объема движений в области поясницы, связанного с переменой положения тела и физическими нагрузками различной интенсивности. Методом магнитно-резонансной томографии у всех пациентов выявлена компрессия корешков 1 и 2 степени без стеноза позвоночного канала из них грыжа МПД и компрессии корешков спинномозговых нервов обнаружена у 35 (43,75%) и преимущественно компрессионные нарушения без грыжи МПД у 45 (56,25%). У всех пациентов отмечались двигательные и чувствительные нарушения (от легкой дизестезии до глубокой гипостезии), симптом Ласега положительный. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) интенсивности боли, пациенты характеризовали ее как умеренную (от 4 до 6 баллов) и выраженную сильную (от 7 до 8 баллов). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ: первая группа 30 (37,5%) включала больных с умеренной болью (от 4 до 6 баллов), а вторая группа 50 (62,5%) больных,

которые отмечали выраженную сильную боль (от 7 до 8 баллов). Методы оценки эффективности терапии включали сроки купирования болевого синдрома, оценку позвоночно-двигательного сегмента поясничного отдела после повторного обследования спустя 7 дней.

Результаты исследования. Всем пациентам для купирования острого болевого синдрома была назначена инфузионная терапия, раствор для внутривенного вливания состоял из NaCl 0,9% – 200,0 мл + Артоксан 20 мг + Мидокалм 1,0мл + Дексаметазон 4мг. Продолжительность курса лечения инфузионной терапии для пациентов обеих групп составляла 7 дней. По данным ВАШ все пациенты отмечали снижение интенсивности болевого синдрома до уровня слабой боли (1-3 балла), уменьшение скованности в области поясницы в течение дня, смену постоянного дискомфорта на периодический дискомфорт только во время нагрузки. В ходе неврологического осмотра обнаружено увеличение угла натяжения корешков, симптом Ласега слабopоложительный, значительное уменьшение двигательных нарушений от 50% до 70% и регресс чувствительных нарушений от 40% до 50%. Пациенты в первой группе 30 (37,5%) с умеренной болью (от 4 до 6 баллов) по шкале ВАШ отмечали снижение болевого синдрома уже после 3 процедуры инфузионной терапии, а пациенты второй группы 50 (62,5%) с выраженной сильной болью (от 7 до 8 баллов) по ВАШ после 5 и 6 процедуры внутривенного вливания NaCl 0,9% – 200,0 мл + Артоксан 20 мг + Мидокалм 1,0мл + Дексаметазон 4мг.

Вывод. Комбинированное медикаментозное лечение болевого синдрома при дорсопатии пояснично-крестцового отдела, представленное внутривенным введением раствора NaCl 0,9% – 200,0 мл + Артоксан 20 мг + Мидокалм 1,0мл + Дексаметазон 4мг, способствует снижению интенсивности боли в короткие сроки вне зависимости от интенсивности болевого синдрома умеренной (от 4 до 6 баллов) и выраженной степени (от 7 до 8 баллов) у пациентов с диагностически подтверждёнными грыжами МПД и компрессией корешков 1 и 2 степени, уменьшению скованности в пояснице, быстрому возвращению пациентов к активной и трудовой деятельности.

ПЛОДЫ РЯБИНЫ ЧЕРНОПЛОДНОЙ КАК ПОЛИВИТАМИННЫЕ СРЕДСТВА В ПЕДИАТРИИ

М.А. Ибрагимов – студент 203 гр. педиатрического факультета

Кафедра фармации

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – Т.А. Ибрагимов

Актуальность. Использование плодов рябины черноплодной в лечении детских заболеваний актуально по нескольким причинам:

- 1) Естественность,
- 2) Минимизирует побочные эффекты,
- 3) Является доступным средством,

4) Обладает широким спектром действий

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности использования рябины черноплодной в качестве дополнительного или альтернативного метода лечения различных детских заболеваний, включая простудные, вирусные, заболевания желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательной системы.

Методы исследования. 1. Морфологическое исследование : этот метод включает в себя визуальное изучение внешнего вида рябины черноплодной, а именно формы и размеры листьев, цветов, плодов и т.д.

2. Фитохимическое исследование: свойства различных биохимических соединений, таких как флавоноиды, каротиноиды, фенольные соединения, витамины и т.д.

3. Фармакологическое исследование - исследование фармакологических свойств рябины черноплодной, таких как антиоксидантные, противовоспалительные, антибактериальные, противоопухолевые и другие свойства.

Результаты исследования.

1. Морфологическое исследование. Наружная структура рябины черноплодной обладает следующими особенностями:

Листья эллиптические, в верхней части они пильчатые, сверху – матово-зеленые, а снизу – сероватые. Цветки белые, мелкие, собраны в плоские или выпуклые щитки и вегетативные ростки-зонты.

Плодами являются ягоды, сначала зеленые, а затем черные, покрытые восковым налетом, по размеру около 1 см в диаметре.

Внутренняя структура черноплодной рябины состоит из мякоти и косточек, находящихся внутри плода. Мякоть имеет сочную консистенцию, сладовато-кислый вкус и тёмно-красный цвет, который обусловлен содержанием антоциановых пигментов. Косточки внутри плода черноплодной рябины имеют твёрдую оболочку и содержат небольшое количество масла и белка. Они отделены от мякоти тонкой перегородкой, которая обычно легко отделяется от стенок плода.

2. Фитохимическое исследование. Некоторые из главных классов фитохимических соединений, обнаруженных в рябине черноплодной, включают в себя:

Флавоноиды, такие как кверцетин, рутин, гиперозид, мирицетин и др., которые являются сильными антиоксидантами и могут иметь антираковые свойства.

Фенольные соединения, такие как элаговые кислоты, галловые кислоты, таннины и др., которые обладают противовоспалительными, противомикробными, антиоксидантными, антимутагенными и антираковыми свойствами.

Каротиноиды, такие как бета-каротин, который является прекурсором витамина А и имеет антиоксидантные свойства.

Витамины, такие как витамин С, витамин Е, витамин К и др., которые имеют важное значение для здоровья человека и могут участвовать в регуляции множества биохимических процессов в организме.

Минеральные вещества, такие как калий, кальций, магний, железо и др., которые необходимы для здоровья костей и зубов, нормального функционирования сердечнососудистой, нервной и других систем организма.

3. Фармакологическое исследование. Антиоксидантные свойства: рябина черноплодная является богатым источником антиоксидантов, таких как флавоноиды и фенольные соединения. Они способны защитить организм от свободных радикалов, которые могут нанести вред клеткам и тканям.

Противовоспалительные свойства: исследования показали, что экстракты из рябины черноплодной могут снижать уровень воспаления в организме.

Антибактериальные свойства: экстракты из рябины черноплодной могут бороться с бактериальными инфекциями, такими как *Staphylococcus aureus* и *Escherichia coli*.

Гепатопротекторные: Рябина черноплодная может защитить печень от повреждений и помочь восстановить ее функции.

Поддержка иммунитета: в рябине черноплодной обнаружен высокий уровень витамина С, который служит укреплению иммунной системы.

Регулирование уровня глюкозы в крови: некоторые исследования показали, что экстракты из рябины черноплодной могут помочь стабилизировать уровень глюкозы в крови и уменьшить риск развития диабета.

Также рябина черноплодная эффективна в лечении следующих групп заболеваний

ОРВИ и грипп: экстракт рябины черноплодной может помочь уменьшить осложнения и симптомы этих заболеваний благодаря содержанию витамина С, флавоноидов и эфирных масел. Эти вещества могут помочь укрепить иммунную систему, снизить воспаление, улучшить работу дыхательной системы и ускорить выздоровление. Кроме того, рябина черноплодная обладает муколитическими свойствами, то есть способностью разжижать и выводить бронхиальную слизь, что может помочь устранить кашель.

Опорно-двигательный аппарат: Рябина черноплодная может помочь в лечении некоторых заболеваний опорно-двигательного аппарата благодаря содержанию в ней биологически активных веществ, таких как флавоноиды и каротиноиды, которые имеют антиоксидантные и противовоспалительные свойства. Некоторые из заболеваний, при которых может быть использована рябина черноплодная:

Ревматоидный артрит: Рябина черноплодная может помочь в лечении ревматоидного артрита благодаря своим антиоксидантным и противовоспалительным свойствам. Она может уменьшить воспаление и болезненность в суставах, а также помочь улучшить подвижность

суставов.

Остеоартрит: Рябина черноплодная может помочь в лечении остеоартрита благодаря своим антиоксидантным свойствам, которые могут противодействовать воздействию свободных радикалов, участвующих в развитии заболевания. Также она может улучшить эластичность хряща и снизить болезненность в суставах.

Остеопороз: Рябина может помочь в лечении остеопороза благодаря содержанию в ней кальция, фосфора и витамина D. Эти вещества имеют важное значение для здоровья костей и могут укрепить их структуру.

Заболевания желудочно-кишечного тракта: Рябина черноплодная может быть полезна в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, так как она обладает противовоспалительными, противомикробными и антиспазматическими свойствами. Некоторые из заболеваний, которые могут быть лечены рябиной черноплодной, включают:

Язвенная болезнь: Черноплодная рябина может помочь при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, так как она имеет противовоспалительные свойства, которые могут уменьшить воспаление и болезненность в ЖКТ. Кроме того, она может снизить секрецию желудочной кислоты и предотвратить образование язв.

Диспепсия: Рябина черноплодная может использоваться для лечения диспепсии, так как она помогает укрепить пищеварительную систему и уменьшить скопление газов в ЖКТ. Она также может улучшить функцию желудка и уменьшить симптомы, такие как тошнота, рвота и дискомфорт в животе.

Кишечные инфекции: Рябина может проявлять противомикробное действие и помогать при кишечных инфекциях, вызванных бактериями и вирусами. Она также имеет противовоспалительные свойства, которые могут уменьшить воспаление и болезненность в ЖКТ.

Анемия: Рябина черноплодная может быть полезна при лечении анемии, которая связана с недостатком железа, так как железо является необходимым элементом для образования гемоглобина - компонента красных кровяных клеток, который переносит кислород в ткани и клетки. Недостаток железа может привести к различным формам анемии, включая сидероахрестическую анемию, анемию, связанную с дефицитом железа и микроцитарногипохромную анемию.

В рябине черноплодной содержится довольно высокое количество железа, за счет чего она может участвовать в лечении анемии. Кроме того, рябина черноплодная обладает высоким содержанием антиоксидантов и витаминов, таких как витамин С, которые помогают организму лучше усваивать железо. Витамин С, например, может помочь увеличить усвоение железа, находящегося в рябине, за счет того, что он улучшает поглощение железа в кишечнике.

Рябина черноплодная рекомендуется давать детям в умеренном количестве и только

после 2-3 лет. Однако, данное растение очень кислый вкус и горьковатый привкус, который не всем детям нравится. Поэтому существуют различные формы употребления рябины черноплодной для детей:

Компот из рябины. Добавление сахара и других фруктов вариантов, например, яблок или груш, может существенно улучшить вкус напитка.

Фруктовые кисели. Рябина может быть добавлена в кисели вместе с другими фруктами.

Морс. Рябина черноплодная может быть использована для приготовления морса.

Так же данное растение можно использовать при приготовлении желе.

Вывод. Рябина черноплодная это эффективное средство в лечении детских заболеваний т.к является природным источником биологически активных веществ, которые могут помочь в лечении и профилактике патологий. Рябина содержит витамины, минералы, антиоксиданты и другие полезные вещества, которые могут укрепить иммунитет и здоровье организма. Поскольку рябина черноплодная является натуральным продуктом, она обычно не вызывает серьезных побочных эффектов. Однако, некоторые люди могут испытывать аллергическую реакцию на рябину, поэтому следует использовать ее с осторожностью в таких случаях. Так же данное растение является доступным и относительно дешевым продуктом, который можно приобрести в любом продуктовом магазине или на рынке. Это позволяет использовать рябину в качестве дополнительного средства в лечении различных заболеваний.

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ АЛИМЕНТАРНОЙ И СТЕРОИДНОЙ НАГРУЗКИ НА ФОНЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НОВЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АЛЬФА-ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА

Е.С. Кетова¹ – молодой ученый, А.В. Мязина² – к.м.н., ассистент кафедры нормальной анатомии

¹ *ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия*

² *ФГАОУ «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия*

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. С.В. Луки Минздрава России, Луганск, Россия

⁴ *Научно-исследовательская лаборатория «ХимЭкс»*

ФГБОУ ВО «ЛГУ им. В. Даля», Луганск, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. Г.А. Батищева¹, д.м.н., проф. Е.Ю. Бибик³,

д.х.н., проф. С.Г. Кривоколыско^{3,4}

Актуальность. В настоящее время особую актуальность представляют заболевания печени, распространенность которых неуклонно растет, в связи с увеличением масштабов экзотоксического поражения гепатобилиарной системы. В современном обществе увеличивается количество людей, приверженных нерациональному питанию, избыточному потреблению алкогольсодержащих напитков. Кроме того, возрастает доля потребления

продуктов, содержащих пальмовое масло, способствующее удешевлению их производства и увеличению сроков хранения. К лекарственному поражению печени может приводить полипрагмазия, а также обоснованное применение глюкокортикоидной терапии для лечения некоторых заболеваний. Все это обуславливает актуальность применения существующих и поиска новых средств, обладающих гепатопротекторными свойствами. В этом отношении большой интерес представляют синтезированные на базе НИЛ «ХимЭкс» Луганского государственного университета имени Владимира Даля новые производные альфа-цианотиоацетамида. При проведении виртуального биоскрининга нами были отобраны 3 образца с лабораторными шифрами AZ-383, AZ-257, AZ-020, потенциально обладающие гепатопротекторной активностью.

Цель исследования – изучение влияния новых производных альфа-цианотиоацетамида и гипогликемических средств на биохимические и морфометрические показатели печени после алиментарной и стероидной нагрузки.

Материалы и методы исследования. Эксперимент осуществлен в НИИ ЭБМ ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ на 56 половозрелых крысах линии Wistar. Дизайн эксперимента рассмотрен и одобрен на заседании Этического комитета ФГБОУ ВО «ВГМУ имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, протокол №5 от 18.10.2022 г. Сформированы 7 групп животных: интактная, крысы которой получали стандартный суточный рацион – гранулированный комбикорм общей калорийностью 270 ккал/100г и воду в свободном доступе; контрольная – крысы в дополнение к суточному рациону получали избыточное количество пальмового масла из расчета 30 г/кг в течение 8 недель, затем внутрибрюшинно дексаметазон 0,125 мг/кг на протяжении 13 дней. Далее осуществлялся этап фармакологической коррекции. Группы сравнение №1 и №2 составили животные, которым после формирования метаболических нарушений путем алиментарной и стероидной нагрузки внутрижелудочно вводили метформин из расчета 300 мг/кг массы тела и видаглиптин в дозировке 8 мг/кг веса соответственно на протяжении 14 дней. Опытные группы №1, №2, №3 включали крыс, которым фармакокоррекцию проводили новыми производными альфа-цианотиоацетамида с лабораторными шифрами AZ-383, AZ-257, AZ-020 из расчета 1 мг/кг на протяжении 2 недель.

Оценка гепатопротекторной активности соединений проводилась путем определения концентрации АЛТ, АСТ и общего билирубина крови энзиматическим колориметрическим методом при выводе животных из эксперимента. Кроме того, исследованию с помощью микроскопа ZEISS Axio Imager.A2 подвергались микропрепараты печени, окрашенные гематоксилином Джилла и эозином. Осуществляли оценку среднего числа гепатоцитов в поле зрения, среднего размера гепатоцитов, подсчет ядерно-цитоплазматического отношения. Репрезентативность выборки достигалась оценкой не менее 40 полей зрения.

Результаты исследования. Биохимические показатели у интактных крыс были зарегистрированы на уровне: АЛТ $59,53 \pm 8,2$ мМоль/л, АСТ $146,51 \pm 16,84$ мМоль/л, общий билирубин $10,88 \pm 1,0$ мМоль/л. Алиментарная и стероидная нагрузки привели к возрастанию уровня печеночных маркеров. Так, АЛТ и АСТ возрос на 77% и 31% соответственно, уровень общего билирубина увеличился на 118% относительно показателей интактной группы животных. Фармакологическая коррекция метформином привела к снижению уровней АЛТ до $57,49 \pm 6,6$ мМоль/л, АСТ до $181,67 \pm 10,90$ мМоль/л, общего билирубина до $10,70 \pm 1,1$ мМоль/л. Применение вилдаглиптина оказало следующее влияние на печень: снижение АЛТ до $53,23 \pm 6,4$ мМоль/л, АСТ до $156,23 \pm 8,5$ мМоль/л, общего билирубина до $11,93 \pm 1,5$ мМоль/л. Все новые производные альфа-цианотиоацетамида показали наличие выраженной гепатопротекторной активности в спектре их действия. Однако, наиболее отчетливое снижение уровня печеночных маркеров было отмечено под влиянием соединения с лабораторным шифром AZ-020. В данной группе животных зарегистрированы следующие показатели: АЛТ $53,87 \pm 5,1$ мМоль/л, АСТ $138,21 \pm 13,30$ мМоль/л, общий билирубин $12,34 \pm 0,8$ мМоль/л.

Поражение гепатобилиарной системы путем применения в эксперименте длительной алиментарной и глюкокортикоидной нагрузки отражалось на морфометрических показателях при исследовании микропрепаратов печени. В контрольной группе животных отмечалось увеличение среднего числа гепатоцитов в поле зрения, которое составило $43,68 \pm 0,98$ по сравнению с интактной группой, где этот показатель составил $40,92 \pm 1,04$. У крыс с метаболическими нарушениями увеличивался средний размер гепатоцитов, который составил $90,79 \pm 0,48$, по сравнению с интактными животными ($81,59 \pm 0,59$). Ядерно-цитоплазматическое отношение в результате алиментарной и стероидной нагрузки увеличилось на 30%. Фармакологическая коррекция гипогликемическими препаратами и новыми производными альфа-цианотиоацетамида приводила к положительному влиянию на печень. Наиболее выраженная гепатопротекторная активность выявлена у соединения с лабораторным шифром AZ-383. Под его воздействием отмечены следующие результаты: достоверное увеличение числа гепатоцитов на 17,8%, уменьшение среднего размера гепатоцитов на 7%, снижение ядерно-цитоплазматического отношения на 17,6% относительно таковых в контрольной группе животных.

Выводы. Таким образом, суммируя вышеизложенное, можно сделать заключение, что применение в эксперименте алиментарной и стероидной нагрузки приводило к развитию выраженных структурно-функциональных нарушений печени, отражающихся как в возрастании биохимических маркеров печени, так и в нарушении микроархитектоники данного органа детоксикации. Фармакологическая коррекция новыми производными альфа-цианотиоацетамида оказала выраженный гепатопротекторный эффект, заключающийся в тенденции к стойке нормализации биохимических и морфометрических показателей печени.

Данные результаты подтверждают целесообразность дальнейшего доклинического исследования гетероциклических производных альфа-цианотиоацетамида.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

М.М. Даудова, М.Б. Гасанова - студентки 303 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Х.Н. Насрулаева

Актуальность. Фармакотерапия бронхиальной астмы построена на применении преимущественно противовоспалительных средств, наиболее эффективными из которых являются глюкокортикостероиды (ГКС). Однако длительное применение ГКС в таблетках приводит к многочисленным побочным эффектам, вследствие чего они потеряли свою актуальность. В конце XX века в Великобритании был синтезирован первый ингаляционный глюкокортикоид – дипропионата бекламетазон. Не так давно был получен его аналог – флутиказона пропионат, который в последнее время получил широкую популярность. В 2020 году флутиказон вошел в топ-20 выписываемых в США препаратов. Для достижения большего и длительного эффекта в фармакотерапии ингаляционные глюкокортикостероиды зачастую используют в сочетании с В₂ агонистами длительного действия и комбинируют с блокаторами лейкотриеновых рецепторов.

Бронхиальная астма – хроническое аллергическое заболевание, проявляющееся периодически возникающими приступами удушья и затруднения дыхания вследствие спазма бронхов, повышенной секреции желез и отека слизистой дыхательных путей. Она занимает 5ю строчку в рейтинге самых распространенных в мире заболеваний. Основная цель лечения БА:

- предупреждение обострений
- поддержание умеренной работоспособности
- снижение побочных эффектов

В соответствии с данными требованиями разработаны многочисленные лекарственные средства для профилактики и терапии бронхиальной астмы, среди которых наиболее актуальным в современной фармакотерапии является аэрозоль Фликсотид. Действующее вещество препарата - флутиказона пропионат относится к группе ГКС местного действия. Фармакологическая активность основана на подавлении пролиферации тучных клеток, нейтрофилов, эозинофилов, макрофагов и лимфоцитов. При действии флутиказона пропионата снижается продукция медиаторов воспаления и биологически активных веществ таких как гистамин, простагландины, цитокины, лейкотриены. При использовании препарата наблюдается выраженное противовоспалительное, противоаллергическое и противоотечное

действие, осуществляемое в результате взаимодействия с глюкокортикоидными рецепторами, с которыми он имеет высокую степень сродства и образует длительную связь.

Цель: анализ эффективности применения ингаляционных глюкокортикостероидов при профилактике и терапии бронхиальной астмы.

Материал и методы исследования. Работа велась на базе РКБ г. Махачкалы в отделении пульмонологии. Выбраны 25 историй больных (13-52% женщин и 12-48% мужчин) за период с 2019-2022 гг. В исследовании не принимали участия пациенты с сопутствующими хроническими заболеваниями.

Результаты исследования. Ингаляционное введение фликсотиды приводило к уменьшению частоты обострений и снижению выраженности симптомов заболеваний, сопровождающихся обструкцией дыхательных путей. При применении данного лекарственного средства не наблюдались побочные реакции, встречаемые при использовании ГКС системного действия. Использование флутиказона пропионата в рекомендуемых дозах 100-1000 мкг не сопровождается угнетением гипоталамус-гипофизарно-надпочечниковой системы. После ингаляционного введения терапевтический эффект начинался в среднем в течение 24 часов и достигал максимума в течение 2-х недель. После отмены препарата действие сохранялось несколько дней после отмены. Для избежания известных побочных эффектов в виде пропадания голоса и кандидоза ротовой полости при использовании ингаляционных глюкокортикостероидов после ингаляции больные полоскали рот и горло.

Выводы. На основании полученных данных, можно сделать вывод, что Фликсотид – эффективный препарат для терапии бронхиальной астмы, с меньшим количеством побочных эффектов, чем у его аналогов.

Однако несмотря на широкое применение фликсотиды и других ингаляционных ГКС они не обеспечивают полный контроль над лечением БА.

Так по данным крупного американского исследования (Asthma in America study), где были опрошены 2609 человек, болеющих бронхиальной астмой, было выявлено, что большая часть не удовлетворена своим лечением и имеет ряд жалоб на проводимую терапию. У 36 % из опрошенных наблюдалось ограничение повседневной физической активности, у 48% - ограничение занятием спортом, 25% - пропускали занятия и работа из-за приступов БА, 9% - было экстренно госпитализировано. Несмотря на то, что в данное время в лечении БА фликсотид является одним из лучших препаратов, он имеет существенные недостатки. Активно продолжаются исследования, направленные на поиск лекарственных средств эффективных в лечении БА.

ИССЛЕДОВАНИЕ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ КОНДЕНСИРОВАННЫХ 3-АМИНОТИЕНО[2,3-В]ПИРИДИНОВ И 1,4-ДИГИДРОПИРИДИНОВ

КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ С БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ В ТЕСТЕ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

И.В. Бибик – ассистент кафедры хирургической стоматологии¹, М.И. Кулиев – студент
20Агр. стоматологического факультета¹, С.Г. Кривоколыско – заведующий НИЛ
«ХимЭКС»^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО ЛГМУ им. СВТ. Луки Минздрава России, Луганск, Россия,

² Научно-исследовательская лаборатория «ХимЭкс»

ФГБОУ ВО «ЛГУ им. В. Даля», Луганск, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф., Е.Ю. Бибик¹

Актуальность. Новые гетероциклические соединения, производные цианотиоацетамида [1-3], являются объектом современных научных исследований. Последний является доступным реагентом, который успешно используется в синтезе широкого круга серо- и азотсодержащих гетероциклических соединений. В первую очередь цианотиоацетамид применяется в качестве строительного блока для получения важных полупродуктов тонкого органического синтеза – 2-меркапто(2-тиоксо)никотинонитрилов и 3-цианопиридин-2-тиолатов. Данные соединения широко используются в гетероциклизациях в производные тиено[2,3-*b*]пиридина, тиазоло[3,2-*a*]пиридина, изотиазоло[5,4-*b*]пиридина, пиридо[2,1-*b*][1,3,5]тиадиазина и других гетероциклических структур.

Цель. Изучение анальгетической активности новых производных конденсированных 3-аминотиено[2,3-*b*]пиридинов и 1,4-дигидропиридинов, синтезированных нами на базе НИЛ «ХимЭкс», по одному из классических фармакологических тестов – орофасциальной тригеминальной боли.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование анальгетической активности новых производных цианотиоацетамида, созданных на базе НИЛ «ХимЭкс» ЛГУ им. Владимира Даля, в количестве 350 образцов. Для определения наиболее перспективных соединений использованы программы виртуального биоскрининга Swiss Target Prediction, разработанные учеными из Swiss Institute of Bioinformatics.

По результатам предварительного отбора было избрано десять образцов новых гетероциклических соединений, содержащие 3-аминотиено[2,3-*b*]пиридиновый и 1,4-дигидропиридиновый фрагменты и имеющие следующие лабораторные шифры: **AZ-023, AZ-213, AZ-169, AZ-257, AZ-331, AZ-383, AZ-420, AZ-729, AU-04271 и AU-04288.** Биомиметиками для которых по результатам предикторного анализа являются арахидонат-5-липоксигеназа, циклооксигеназа-2, фосфолипаза A2, фосфодиэстераза, простагландиновые, соматостатиновые, каннабиноидные и аденозиновые рецепторы.

Эксперимент был проведен на 130 белых беспородных крысах-самцах массой 250-280 грамм, полученных из вивария ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский

университет имени Святителя Луки» в осенне-зимний период. Животные были распределены на интактную, контрольную (крысы, которым вводили 2 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутрижелудочно до моделирования теста), сравнения (получавшие метамизол натрия) и 10 опытных групп, соответственно количеству исследуемых новых производных конденсированных 3-аминотиено[2,3-*b*]пиридинов и 1,4-дигидропиридина.

Изучение болеутоляющей активности новых конденсированных производных тиенопиридина и дигидропиридина основывалось на комплексном системном подходе с применением теста орофациальной тригеминальной боли, которая моделировалась подкожным введением 0,1 мл 5% раствора формалина в область вибрисс у подопытных животных. Анальгезирующий эффект рассчитывался по фиксации количества чесательных движений передними лапами орофациальной области за минуту, которые оценивались через 10-ти, 15-ти и 20-ти минутные интервалы времени после введения альгогена в область вибрисс.

Исследуемые новые оригинальные производные цианотиоацетамида вводили внутрижелудочно в дозе 5 мг/кг за 1,5 часа до моделирования острого болевого синдрома в эксперименте *in vivo*. Препаратом сравнения был избран метамизол натрия, вводимый в дозировке 7 мг/кг внутривентрально соответственно.

Результаты исследования. Результаты проведенного эксперимента показали, что среднее число чесательных движений у крыс контрольной группы без фармакокоррекции равнялось 76,7 на 10-й минуте; 34,8 на 15 минуте и 20,3 на 20-й минуте. Применение метамизола натрия привело к достоверному уменьшению количества чесательных движений почти в 2 раза (до 38,9 на 10-й минуте; 20,1 на 15 минуте и 12,5 на 20-й минуте). У животных эмпирических групп в условиях проводимого исследования отмечено, что изучаемые образцы с лабораторными шифрами **AZ729, AZ169, AU04271, AU04288** обнаруживают умеренную анальгетическую активность, ввиду того, что количество чесательных движений на раннем сроке составило от 7,5 до 11,4 у крыс этих групп.

Высокую антиноцицептивную активность, превосходящую в 8-10 раз таковую у препарата-сравнения метамизола натрия, показали новые тиенопиридины с лабораторными шифрами **AZ257, AZ420** и **AZ213** в этом опыте.

Образцами-лидерами, проявившими отчетливо выраженную обезболивающую активность, стали соединения с экспериментальными шифрами **AZ023, AZ331** и **AZ383**. Притом число чесательных движений у животных экспериментальных групп, получавших с профилактической целью **AZ331** и **AZ383**, на 10 минуте равнялось 0,8 и 4,9 соответственно. Крысы, получавшие конденсированный тиенопиридин с шифром **AZ023**, отличались уменьшением количества чесательных движений до 2,9 на 10 минуте теста, что выше такового в 13 раз у животных, которым вводили метамизол натрия.

Выводы. Суммируя вышеизложенное, можно заключить, что тест орофациальной

тригеминальной боли, проведенный на белых беспородных крысах, доказал наличие высокой анальгетической активности у семи среди десяти исследуемых производных конденсированных 3-аминотиено[2,3-*b*]пиридинов и 1,4-дигидропиридина. При этом новых максимально выраженной анальгетической активностью при применении их в дозе 5 мг/кг обладают три соединения с шифрами: **AZ023** ([3-amino-4-(5-methyl-2-furyl)-5,6,7,8-tetrahydrothieno[2,3-*b*]quinolin-2-yl](phenyl)methanone), **AZ331** (5-cyano-4-(2-furyl)-*N*-(2-methoxyphenyl)-6-{[2-(4-methoxyphenyl)-2-oxoethyl]thio}-2-methyl-1,4-dihydropyridine-3-carboxamide) и **AZ383** ([3-amino-4-(5-methyl-2-furyl)-5,6,7,8-tetrahydrothieno[2,3-*b*]quinolin-2-yl](phenyl)methanone).

Список литературы:

1. Bibik I.V., Bibik E.Y., Dotsenko V.V., Frolov K.A., Krivokolysko S.G., Aksenov N.A., Aksenova I.V., Shcherbakov S.V., Ovcharov S.N. Synthesis and analgesic activity of new heterocyclic cyanothioacetamide derivatives. *Russian Journal of General Chemistry*. 2021; 9(2): 154-166. DOI: 10.1134/S107036322102002X
2. Gfeller D., Michielin O., Zoite V. Shaping the interaction landscape of bioactive molecules. *Bioinformatics*. 2013; 29(23): 3073-3079. DOI: 10.1093/bioinformatics/btt540
3. Khan M.M., Khan S., Saigal S., Iqbal S. Recent developments in multicomponent synthesis of structurally diversified tetrahydropyridines. *RSC Advances. Royal Society of Chemistry (RSC)*. 2016; 6(48): 42045–42061. DOI: 10.1039/c6ra06767k
4. Krivokolysko, D. S., Dotsenko, V. V., Bibik, E. Y., Samokish, A. A., Venidiktova Y. S., Frolov K. A., Krivokolysko S. G., Vasilin V. K., Pankov A. A., Aksenov, N. A., Aksenova, I. V. New 4-(2-Furyl)-1,4-dihydropyridine nitriles and 1,4,5,6-Tetrahydropyridine nitriles: synthesis, structure, and analgesic activity // *Russian Journal of General Chemistry*. - 2021. - Том 91. - Выпуск 9. - Стр.: 1646 - 1660. - DOI 10.1134/S1070363221090073

ПОИСК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ МИШЕНЕЙ ПРОИЗВОДНЫХ ТИЕТАНИЛПИРАЗОЛА МЕТОДОМ МОЛЕКУЛЯРНОГО ДОКИНГА

А.Р. Муллагалямова, А.Э. Позднякова – студентки 301Б гр. фармацевтического
факультета

Кафедра фармацевтической химии

с курсами аналитической и токсикологической химии

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель - к.фарм.н., М.А. Уразбаев

Актуальность. Депрессия – одно из наиболее социально значимых заболеваний XXI века, однако большинство имеющихся препаратов имеют побочные эффекты, ограничивающие

их применение. Перспективны производные пиразола, которые обладают антидепрессивной активностью, а также могут применяться для лечения болезни Альцгеймера [1, 2].

Цель работы. Прогноз биологической активности нового производного тиазанилпиразола с помощью молекулярного моделирования для выяснения механизма антидепрессивной активности.

Материалы и методы. В качестве объектов для анализа механизма антидепрессивной активности было выбрано соединение под кодовым шифром ШС-20а по методике, описанной в работе [3], и белки-мишени 6kuw (ADRA2C), 6pt3 (OPRD1), 7e9h (GRM4), 7ky0 (EGFR), 7wc6 (HTR2A), 8e9z (CHRM3).

Молекулярное моделирование осуществлялось в программе AutoDock Vina [4, 5]. 3D-модели исследуемых соединений были построены при помощи программного обеспечения ChemBioOffice 10.0 [6]. Белковые молекулы были подготовлены в программах BIOVIA Discovery Studio [7] и AutoDock Tools [8]. Подготовка лигандов проводилась в программе ChemBioDraw, оптимизация геометрии – методом MMFF94. Анализ результатов докинга был проведен в BIOVIA DS.

Результаты и обсуждение. Сравнивались положения ШС-20а с положением эндогенных лигандов в кристаллических структурах протеинов. Результаты расчета среднеквадратичного отклонения и докинга (таблица 1) показывают, что рассчитанное положение лигандов почти полностью совпадает с их положением в белках по данным PCA, поэтому выбранные параметры могут быть использованы в молекулярном моделировании.

Значения энергии связывания белка с исследуемым соединением оказались наилучшими для ADRA2C, что позволило детально рассмотреть связывание с аминокислотными остатками в активном центре (таблица 2).

Таблица 1

Результаты докинга соединения

Белок	ADRA2C	HTR2A	GRM4	OPRD1	EGFR	CHRM3
RMSD	1.6436	0.2771	3.2400	1.2506	0.6006	3.8924
Энергия связывания	-7.8	-7.7	-7.4	-7.3	-6.6	-3.6

Таблица 2

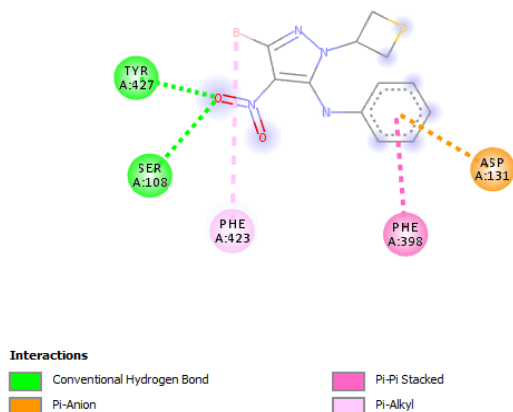
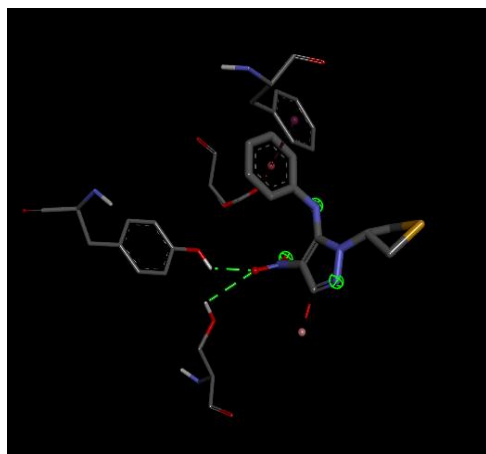
Взаимодействие I с аминокислотными остатками в активном сайте

Связи водородные	Связи гидрофобные

Ser 108, Tyr 427

Asp 131, Phe 398

В активном центре ADRA2C ШС-20а образует водородные связи (серин 108 и тирозин 427), а также есть π -анионные связи (аспарагиновая кислота 131) и π - π взаимодействие (фенилаланин 398) – рисунки 2 и 3.



а

б

Рисунок 2 а и б. Расположение соединения в активном сайте

Закключение и выводы. По результатам молекулярного докинга ШС-20а в активные сайты белков установлено, что в наибольшей степени синтезированное соединение проявляет антидепрессивную активность, взаимодействуя с ADRA2C.

Список литературы.

1. Ямагиси Т. Новое производное пиразол-3-карбоксамида, обладающее антагонистической активностью в отношении рецептора 5-HT2В/ Т. Ямагиси [и др.]// Патент № 2528406 С2 Российская Федерация 20.09.2014.
2. Drugs.com [Электронный ресурс]
<https://www.drugs.com/international/indisetrone.html> (дата обращения: 15.04.2023)
3. Khaliullin, F.A., Klen, E.E., Pavlov, V.N. *et al.* Synthesis and Biological Activity of 5-alkoxy- and 5-amino-substituted 3-bromo-4-nitro-1-(thietan-3-yl)-1H-pyrazoles / Khaliullin, F.A., Klen, E.E., Pavlov, V.N. *et al* // *Pharm Chem.* 2022. Vol. 56, P. 316–320.
4. Eberhardt, J. AutoDock Vina 1.2.0: New Docking Methods, Expanded Force Field, and Python Bindings/ J. Eberhardt, Santos-Martins, D., Tillack, A.F., Forli, S.// *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2021.
5. Trott, O. AutoDock Vina: improving the speed and accuracy of docking with a new scoring function, efficient optimization, and multithreading./ O. Trott, Olson, A. J.// *Journal of computational chemistry.* 2010. Vol. 31, №2. - С. 455-461.

6. ChemBioOffice: [Электронный ресурс]. <http://www.cambridgesoft.com/solutions/details/?fid=188> (дата обращения: 17.04.2023)
7. BIOVIA Discovery Studio: [Электронный ресурс]. <https://mybiosoftware.com/biovia-discovery-studio-visualizer-4-5-molecular-visualization.html> (дата обращения: 17.04.2023)
8. AutoDockTools: [Электронный ресурс]. <https://autodocksuite.scripps.edu/adt/> (дата обращения: 22.04.2023)

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИКОЗОВ КОЖИ
А.М. Мустафаева - студентка 1 группы 3 курса педиатрического факультета
Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – к.фармац.наук, доцент кафедры Х.Н. Насрулаева,

к.м.н., заведующая кафедрой З.Ш. Магомедова

Актуальность: Больные с кожными заболеваниями в РФ составляют около 19%. Анализ амбулаторных карт Республиканского кожно-венерологического диспансера г. Махачкала показал, что наибольшее количество обратившихся за медицинской помощью составляют больные экземой, псориазом, грибковыми поражениями кожи. Среди последних чаще встречаются больные с микозом, трихофитией, микроспорией. Для лечения данных заболеваний в основном используются готовые лекарственные средства. Установлено, что на фармацевтическом рынке России пользуется спросом препарат Микозолон, который объединяет в себе противогрибковое действие миконазола, а также противовоспалительный эффект деперзолона.

Цель работы: изучить эффективность препарата Микозолон, включающего в себя миконазол и деперзолон, при грибковых поражениях кожи.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУ РД Республиканском кожно-венерологическом диспансере г. Махачкала и на базе кафедры фармакологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

Методы исследования: контент-анализ, логический, сравнения, документальный анализ.

В исследовании приняли участие 80 больных. Грибковые заболевания кожи, вызываемые дерматофитами и кандидами, были диагностированы у 14 больных, дерматозы, осложненные грамположительной бактериальной инфекцией у 8 больных; микозы с локализацией в области складок у 28 больных ; микозы слухового прохода 13 больных ; дерматиты, осложненные грибковой и бактериальной инфекцией 17 больных.

Таблица 1 Разделение испытуемых по характеру болезни

Кожное заболевание	Количество больных	
	Человек	Процент (%)
Грибковые заболевания кожи, вызываемые дерматофитами и кандидами, сопровождающиеся воспалением и зудом	14	18
Дерматозы, осложненные грамположительной бактериальной инфекцией	8	10
Микозы с локализацией в области складок, в т.ч. межпальцевые, паховые, подмышечные	28	35
Микозы слухового прохода	13	16
Дерматиты, осложнённые грибковой и бактериальной инфекцией	17	21

Таблица 2. Эффективность лечения мазью Микозолон при различных дерматологических заболеваниях

Диагноз	Количество больных	Итоги применения мази		
		Выздоровели	Состояние улучшилось	Не помог
Грибковые заболевания кожи, вызываемые дерматофитами и кандидами, сопровождающиеся воспалением и зудом	14	9	5	-
Дерматозы, осложненные грамположительной бактериальной инфекцией	8	5	2	1

Микозы с локализацией в области складок, в т.ч. межпальцевые, паховые, подмышечные	28	16	9	3
Микозы слухового прохода	13	8	4	1
Дерматиты, осложнённые грибковой и бактериальной инфекцией	17	9	6	2

Результаты исследования: При заболеваниях кожи, вызываемых дерматофитами и кандидами, у 9 больных отмечалось полное исчезновение симптомов в конце 2 недели. При дерматозах, осложненных грамположительной бактериальной инфекцией, у 5 - полное выздоровление, у 2 - улучшение состояния. У 28 больных микозами с локализацией в области складок наблюдалось уменьшение симптомов. При микозах слухового прохода окончательное улучшение - через 7-10 дней. При дерматитах, осложнённых грибковой и бактериальной инфекцией, из 17 – 9 излечились полностью, у 6 состояние улучшилось.

Выводы: У 80 больных была применена мазь Микозолон и в большинстве случаев оказала благоприятный эффект и доказала высокую противогрибковую эффективность.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОГО ВЛИЯНИЯ НОВЫХ АНАЛОГОВ ТЕМОЗОЛОМИДА НА ДНК КЛЕТОЧНОЙ КУЛЬТУРЫ VERO

А.Х. Хумаири – аспирант, преподаватель

Кафедра теоретической биохимии с курсом клинической биохимии

Кафедра онкологии, гематологии и трансплантологии

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. член-корр. РАН В.В. Удут,

д.м.н., проф. Д.Л. Сперанский.

Актуальность. В современной клинической онкологии, назначение химиотерапевтических препаратов является обязательным, для лечения пациентов со

злокачественными новообразованиями. Повреждение ДНК, как известно, является генотоксическим событием, которое может индуцировать канцерогенез. Несмотря на то, что препараты на основе азолоазинов уже достаточно длительное время существуют на фармацевтическом рынке, данные об их возможных мутагенных и канцерогенных свойствах фрагментарны. В то же время интерес к вопросу о влиянии азолоазинов на опухолевый рост повышается в связи с их возможными канцерогенными свойствами, т.к. известно, что все алкилирующие препараты, к которым также относят производные азолоазинов, повреждают ДНК клеток. Таким образом, оценка ДНК-повреждений в нормальных клетках под воздействием новых производных азолоазинов методом ДНК-комет является актуальной.

Цель исследования: изучить влияние новых производных азолоазинов на ДНК-повреждения в клеточной культуре Vero методом ДНК-комет.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования были выбраны 8-(Пиперидинокарбонил)-3-циклогексимидазо[5,1-*d*][1,2,3,5]тетразин-4(3*H*)-он (1), Диэтиловый эфир 4-аминоимидазо[5,1-*c*][1,2,4]триазин-3,8-дикарбоновой кислоты (2), 4-Амино-8-этоксикарбонилимидазо[5,1-*c*][1,2,4]триазин-3-*N*-(*n*-толуил)карбоксамид (3). Синтез этих соединений проведен и предоставлен сотрудниками Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н. Ельцина. Ранее для этих соединений 1–3 и эпирубицина были определены IC_{50} в опухолевой клеточной культуре MCF-7. В настоящей работе эти соединения применялись в дозах 1/2, 1/10 и 1/50 IC_{50} . В качестве клеточной модели была выбрана линия клеток Vero, полученная из почек африканской зеленой мартышки. Для оценки генотоксичности применялся щелочной вариант метода ДНК-комет, обладающий высокой чувствительностью и позволяющий выявлять ДНК-повреждения [14]. Критерием положительного результата теста является статистически значимое увеличение основных показателей поврежденности ДНК. Результаты проведенного ДНК-кометного анализа оценивали по следующим параметрам: процент ДНК в хвосте (%), момент хвоста (произведение длины хвоста кометы и процента ДНК в хвосте, условные единицы) [14], длина хвоста кометы (расстояние миграции ДНК от центра или края головы до конца хвоста, пиксели). Анализ перечисленных параметров ДНК-комет осуществляли с помощью программы CometScore 2.0.0.38 (США). С каждого микропрепарата рандомизированно анализировали состояние ДНК не менее 100 клеток. При статистической обработке результатов эксперимента предварительно была проверена нормальность распределения данных по критерию Шапиро-Уилка. Внутригрупповой сравнительный анализ проводился по критерию Краскела-Уоллиса (непараметрический вариант ANOVA) с последующими множественными сравнениями по Бонферрони-Данну. Различия считались статистически значимыми при уровне доверительной вероятности (p) меньше 0,05.

Результаты исследования. При оценке ДНК – повреждений в неопухолевой клеточной

культуре Vero под воздействием новых производных азолазинов и эпирубина показало, что наиболее яркий канцерогенный эффект проявляется у эпирубина в средней дозе - $1/10 IC_{50}$. Так, процент ДНК в хвосте кометы после введения референс-препарата в указанной дозе оказался достоверно выше: в 64,9 раза по сравнению с таковым показателем в отрицательном контроле. При изучении влияния соединения 1 в различных дозах на процент ДНК в хвосте комет клеток Vero зафиксированы статистически значимые различия между дозами $1/10 IC_{50}$, $1/50 IC_{50}$. Стоит отметить, что использование этого вещества в дозе $1/2 IC_{50}$ привело к достоверному увеличению данного показателя в 1,5 раза, относительно такового при использовании меньших доз. Анализ эффективности различных доз соединения 2 в отношении процента ДНК в хвосте кометы показал, что использование этого вещества в дозе $1/50 IC_{50}$ привело к увеличению данного показателя в 52,1 раза ($p < 0,05$) относительно отрицательного контроля и достигло значения в группе эпирубина. После культивирования клеточной линии Vero с веществом 2 получены статистически значимые различия между дозами $1/10 IC_{50}$ и $1/50 IC_{50}$ с одной стороны и дозой $1/2 IC_{50}$ с другой ($p < 0,05$) в отношении показателя «момент хвоста». Культивирование клеток Vero с соединением 3 в трех дозах привело к статистически значимому увеличению процента ДНК в хвосте кометы для всех доз по сравнению с показателем в контрольной группе. Внутригрупповой анализ показал, что при внесении соединения 3 наблюдались статистически значимые различия в 1,2 раза длины хвоста кометы между дозами $1/2 IC_{50}$ и $1/50 IC_{50}$ относительно дозы $1/10 IC_{50}$. При действии имидазотриазина 3 на клеточную линию Vero в дозах $1/2 IC_{50}$ и $1/50 IC_{50}$ показатель «момента хвоста» оставался на одном уровне. Известно, что препараты на основе производных азолазинов, достаточно токсичны и обладают выраженным повреждающим действием на здоровые клетки, например клетки крови. В связи с этим повышенное содержание ДНК-повреждений в клетках Vero может быть расценено как один из возможных механизмов проявления цитотоксического действия этих соединений, которое характерно для этой группы веществ в целом. Также полученные результаты доказывают, что соединения 1–3 могут обладать канцерогенным действием, которое ведет к образованию вторичных опухолей. Однако это предположение требует дальнейших исследований с использованием других краткосрочных тестов (тест Эймса, микроядерный тест в клетках костного мозга млекопитающих).

Выводы. При изучении влияния соединений 1–3 на генетический аппарат неопухолевой клеточной культуры Vero показано, что соединение 1 приводит к наиболее выраженным ДНК - повреждениям. Полученные результаты свидетельствуют в пользу возможного канцерогенного действия этого вещества. Однако это предположение требует дальнейших углубленных экспериментальных исследований.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АЛФЛУТОПА И МЕЛОКСИКАМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

А.Г. Чопалаева - студентка 3 курса педиатрического факультета

Кафедра фармакологии, ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители - к.м.н., ст. преподаватель К. Я. Шугаева; к.м.н., доцент, зав.

кафедрой З. Ш. Магомедова

Актуальность. В настоящее время остеоартроз (ОА) является одним из самых распространенных заболеваний опорно-двигательной системы. Данное заболевание поражает различные элементы сустава, к которым относятся синовиальная оболочка, хрящ и субхондральная кость. Воспалительный процесс охватывает также мягкие ткани вокруг сустава, и поэтому его подвижность сильно ограничивается. ОА вызывает сильную боль и заметное ухудшение качества жизни. На основании данных ВОЗ, порядка 160 миллионов человек страдают данным заболеванием. В России ОА имеется у 17% граждан. Поражение коленных суставов при данном заболевании наблюдается у 13% граждан, в возрасте 50 лет и старше. На основании статистических данных, различные заболевания опорно-двигательной системы находятся на третьем месте в общей структуре инвалидности, а также являются главной причиной временной нетрудоспособности в нашей стране. На протяжении длительного времени ОА считался естественным биологическим процессом старения. Но исследования последних лет доказали, что ОА имеет нозологическую самостоятельность, и это позволяет отличить его от возрастных дегенеративных изменений в суставах. В настоящее время терапия ОА является целым комплексом хирургических, фармакологических, а также нефармакологических способов лечения. На основании Федеральных клинических рекомендаций, фармакотерапия осуществляется двумя главными группами препаратов: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), благодаря которым снимается воспаление и боль; симптом-модифицирующие препараты замедленного действия (SYSADOA). Одним из препаратов этой группы является Алфлутоп. Благодаря наличию хондроитина 4, 6-сульфата, кератансульфата и дерматансульфата, он обладает хондропротекторными свойствами: замедление деградации хрящевой ткани за счет пролиферации хондробластов; уменьшение апоптоза хондроцитов и усиление синтеза агрекана. Фармакологические эффекты Алфлутопа определяются и как противовоспалительные, анальгезирующие, стимулирующие регенерацию хрящевой ткани. Способность Алфлутопа предотвращать разрушение макромолекулярных структур нормальных тканей, стимулировать процессы восстановления в интерстициальной ткани и суставном хряще, объясняет его обезболивающий эффект. Противовоспалительное действие и регенерация тканей основаны на ингибировании активности гиалуронидазы - фермента, разрушающего хрящевую ткань, нормализации биосинтеза гиалуроновой кислоты и

подавлении внеклеточного высвобождения провоспалительного цитокина интерлейкина 6 и хемокина; снижении экспрессии циклооксигеназы 2. Оказывает антиоксидантное действие, повышая активность каталазы и снижая образование внутриклеточных супероксидных анионов и пероксида водорода. В его состав так же входят аминокислоты, пептиды, ионы натрия, калия, кальция, магния, железа, меди, марганца, никеля и цинка. Алфлутоп является и гастропротектором, способствует ускорению эпителизации эрозивных дефектов слизистой желудочно-кишечного тракта особенно при сопутствующем назначении НПВП.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности и безопасности комбинированной терапии препаратами Алфлутоп и Мелоксикам в сравнении с монотерапией Мелоксикамом.

Материалы и методы исследования. Было проведено клиническое исследование в многопрофильной частной клиники «Джамси», г. Махачкала. Под наблюдением находились 70 пациентов: 28 мужчин и 42 женщин, в возрасте от 40 до 60 лет. Пациенты были рандомизированы в две равные группы. В 1-й группе 35 пациентов, получали Алфлутоп в/м по 1,0 мл № 20 + Мелоксикам в таблетках в дозе 7,5 мг, а 35 пациентов 2-й группы получали только Мелоксикам в дозе 7,5 мг. Курс лечения длился 20 дней. Критерии включения в исследование: установленный диагноз остеоартроза; боль при ходьбе ≥ 50 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); II рентгенологическая стадия по Kellgren–Lawrence (по данным рентгенологического исследования за последние 6 месяцев). Критерии невключения: повышенная чувствительность к компонентам препарата; выраженный болевой синдром более 90 мм по ВАШ; длительность текущего обострения менее трех месяцев; терапия препаратами из группы SYSADOA в течение последних трех месяцев; наличие показаний к хирургическим вмешательствам на суставе; наличие тяжелой патологии, которая делает невозможным проведение клинического исследования. Продолжительность исследования составила три месяца и включала в себя следующие визиты: визит 1 (начало терапии); визит 2 (сразу после завершения терапии); визит 3 (через 3 месяца после начала лечения).

Результаты исследования. Эффективность лечения оценивали по следующим показателям:

- Степень интенсивности боли на основании ВАШ. Первоначальная интенсивность достигала в первой группе 67,3 б., а во второй группе 66,75 б. Во время третьего визита уровень интенсивности боли значительно снизился. В первой группе значение достигло 17,21 б., а во второй группе 24,43 б.
- Эффективность терапии оценивалась на основании индекса WOMAC. Данный индекс подразумевает функциональную недостаточность (ФН), боль и скованность. Первоначальные показатели боли по данному индексу были соответственно 7 и 8 б. ниже в рамках группы комбинированной терапии по сравнению с монотерапией Мелоксикамом. В

рамках последнего визита удалось определить значимые отличия между группами: все показатели WOMAC сильно снизились у пациентов первой группы. Оценка боли в первой группе достигала 2 б., а во второй группе – 4 б. Оценка скованности 1 и 2 в первой и второй группе соответственно. Оценка ФН достигала 7 б. в первой группе и 14,4 б. во второй группе. Общее значение оценки WOMAC достигало 11 против 20,4.

- Потребность пациентов в НПВП. В первой группе среди пациентов, которые получали Алфлутоп, можно было наблюдать намного меньшую потребность в получении Мелоксикама.
- Показатели ультразвукового исследования (УЗИ) суставов (толщина синовиальной оболочки и гиалинового хряща коленных суставов до и после начала терапии).
- Результаты рентгенологического исследования суставов (до и после начала терапии).

Наблюдалась хорошая переносимость Алфлутопа. Только у одного из пациентов развился зуд в области инъекции. При заключительном визите наблюдалась положительная динамика по всем показателям и во всех группах. Наиболее значимые изменения произошли в группе Алфлутоп + Мелоксикам по сравнению с группой монотерапии Мелоксикамом. В первой группе наблюдалось более выраженное снижение интенсивности боли. Положительная динамика наблюдается и на УЗИ, так как Алфлутоп оказывает хондопротективное и противовоспалительное действие. Не было отмечено рентгенологических признаков прогрессирования поражения суставов после начала лечения Алфлутопом. Эти данные позволяют сделать вывод, что наиболее результативной считается комбинированная терапия.

Выводы. Боль в суставах является одной из наиболее частых причин, по которой пациенты обращаются за медицинской помощью. Использование НПВП с целью лечения боли связано с развитием серьезных осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сердечно-сосудистой системы (ССС). В свою очередь, использование Алфлутопа не вызывает развитие данных осложнений и может снизить потребность в применении НПВП. Это особенно важно для пациентов, у которых имеется сопутствующая патология ССС и ЖКТ. Таким образом, Алфлутоп – это наиболее эффективный и безопасный препарат для лечения ОА. Он обладает противовоспалительными и обезболивающими свойствами, а также долгий период действия, сокращает частоту применения НПВП, хорошо переносится пациентами. Его можно применять совместно с препаратами, которые назначаются для поддерживающей терапии различных сопутствующих заболеваний.

**СЛУЧАЙ ПОЛИПРАГМАЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
И СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Н.В. Резчиков, С.В. Мучкин – студент 333 гр. лечебного факультета

Актуальность. Коморбидность пациентов является междисциплинарным вопросом, требующим одновременного участия нескольких специалистов. Наибольший риск коморбидных патологий наблюдается у пациентов пожилого и преклонного возраста. Такие пациенты имеют нарушения со стороны эндокринной (сахарный диабет 2 типа), сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность) и дыхательной системы (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких). При фармакотерапии коморбидных пациентов важен рациональный и персонализированный подход, обеспечивающий максимальную эффективность и безопасность. С целью оптимизации терапии следует избегать избыточного назначения лекарственных препаратов (полипрагмазии), а также учитывать множественные межлекарственные взаимодействия.

Цель исследования. Выявить случаи полипрагмазии у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа, хронической обструктивной болезнью легких и сердечно-сосудистыми заболеваниями, оценить потенциальные риски взаимодействий лекарственных средств.

Материалы и методы исследования. После одобрения локальным этическим комитетом и подписания добровольного информированного согласия оценен анамнез историй болезней и назначений 20 пациентов. Использовались критерии Бирса и START/STOPP, инструкции к применению.

Результаты исследования. Доля потенциальных нерациональных назначений составила 85% (у 17 пациентов из 20). Так, например, пациентке В. 82 года. В анамнезе ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, ХОБЛ 2 степени (ремиссия), СД 2 типа, ЯБЖ, хронический панкреатит, ХПН. По результатам исследования в начале терапии у пациентки был повышен уровень гликогемоглобина (18,5 ммоль/л), сохранялись загрудинные боли, общая слабость, максимальное превышение АД 240/120 мм.рт.ст., также было обнаружено кальцинирование лимфатических узлов корней легких с обеих сторон. Корректировка фармакотерапии проводилась 3 раза. После последней корректировки удалось достичь уровня гликемии и АД, купировать загрудинные боли. Фармакотерапия, благодаря которой удалось стабилизировать состояние пациентки, включала в себя: ацетилсалициловая кислота 100 мг вечером, препараты калия и магния для прима внутрь, бисопролол 5 мг утром, лозартан 50 мг 2 раза в день, амлодипин 5 мг 2 раза в день, индапамид 2,5 мг утром, изосорбит мононитрат 50 мг 1 раз в день, изосорбид динитрат, инсулин аспарт двухфазный. По критериям Бирса отсутствуют опасные назначения, по критериям START/STOPP – ацетилсалициловая

кислота при ЯБЖ, которая может повысить риск гастротоксичность. Также выявлены потенциальные нежелательные взаимодействия между лекарственными средствами: ацетилсалициловая кислота усиливает действие инсулина (риск гипогликемии и маскирования ее симптомов бисопрололом) и снижает эффективность индапамида. Также существует риск гиперкалиемии при совместном применении лозартана, бисопролола и препаратов калия.

Выводы. Фармакотерапия у коморбидных пожилых пациентов требует максимальной персонализации с учетом сопутствующей терапии. При назначении необходимо учитывать критерии как эффективности, так и безопасности, например, критерии Бирса и START/STOPP, а также потенциальные взаимодействия.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С.О. Абдуллаев - студент 315 гр. стоматологического факультета

Кафедра пропедевтической стоматологии

Андижанского Государственного Медицинского института, Андижан, Республика

Узбекистан

Научный руководитель – заведующая кафедрой З.К. Хакимова

Введение. В 1980 году А. Скотт стал первым ученым, применившим ботулинический токсин в медицинских целях: в эксперименте на обезьянах, страдающих косоглазием. В 1982 году Дж. Каррутерс использовал ботулинический токсин (БТ) для коррекции морщин на лбу и вокруг глаз, а уже в 1992 году У. Биндер начал использовать его для лечения и профилактики мигреней [3, 5]. БТ химически нарушает иннервацию поперечнополосатые мышцы.

Материалы и методы. Механизм действия заключается в пресинаптической блокаде белков, обеспечивающих транспорт ацетилхолиновых пузырьков, наличие которых необходимо для осуществления мышечной двигательной активности. Процесс пресинаптической блокады транспортных белков с помощью БТ необратим и занимает в среднем 30-60 минут. Несмотря на то, что клеточные эффекты развиваются очень быстро и необратимо клинический эффект препарата после инъекции начинает проявляться через несколько дней. Через 1-2 месяца после инъекции начинается процесс формирования новых нервных окончаний из аксонов, где ранее был заблокирован транспорт ацетилхолина, с образованием новых функционально активных нервно-мышечных синапсов (так называемое прорастание), что в конечном итоге приводит к восстановлению мышечных сокращений через 3-6 месяцев после инъекции. инъекция [1, 3, 6]. В современной медицинской практике используется ряд БТ-препаратов, выпускаемых разными производителями. Эти препараты различаются процессом производства, используемыми штаммами бактерий, степенью очистки, методом стабилизации, биологической активностью, и,

следовательно, свойства препаратов также различаются, в частности, их биологическая активность [3, 4, 6].

Результаты исследования. В 1957 году С.К. Надлер выделил следующие этиологические факторы:

- Местные причины в челюстно-лицевой области, ЛОР-патология.
- Психогенный.
- Заболевания органов и систем.
- Профессионал.

Нарушения мышечной функции основаны на изменениях сократительных процессов в мышцах, проявляющихся в виде гипертонуса. В результате образуются болезненные зоны, которые имеют разную плотность и размер. Черепно-нижнечелюстное расстройство - распространенная патология, которая характеризуется широким спектром патологических состояний, поражающих височно-нижнечелюстной сустав, жевательные и лицевые мышцы, а также другие компоненты орфациальной системы. В последние годы число пациентов, обращающихся за помощью по поводу этой патологии, неуклонно растет. Одним из наиболее распространенных проявлений краниомандибулярной дисфункции является бруксизм. Бруксизм - это парафункциональное расстройство, которое не поддается контролю проприоцептивной системы, характеризующееся бессознательным сокращением жевательных мышц во время сна, физической нагрузки, умственного напряжения и стрессовых ситуаций. Согласно литературным данным, частота бруксизма среди стоматологических пациентов довольно высока и составляет 67-91%. Согласно современной концепции, бруксизм имеет полиэтиологическую природу. Развитию заболевания способствует сочетание многих факторов: изменения в состоянии мышечного аппарата, окклюзионные нарушения, патология позвоночника (часто шейно-грудного отдела), асимметрия плеч, лопаток, укорочение одной ноги и т.д. [3].

Осложнения при введении препаратов БТ развиваются редко; более того, эти осложнения носят временный и обратимый характер. Чаще всего в месте инъекции появляются гематомы. Наиболее серьезными побочными эффектами инъекций БТ в верхнюю треть лица являются птоз и, очень редко, диплопия. Осложнениями в результате инъекции ботулотоксина в челюстно-лицевую область могут быть временная неспособность смыкать губы, преждевременная усталость во время жевания, нарушения артикуляции, изменение тембра голоса и нарушения глотания. Можно значительно снизить вероятность и тяжесть временных побочных эффектов благодаря точному введению препаратов ботулотоксина в соответствующие анатомические области, а также благодаря безупречной технике инъекции.

Применение препаратов ботулотоксина противопоказано при системной красной волчанке, а также при наличии других аутоиммунных заболеваний, характеризующихся

нарушением функции нервно-мышечных синапсов.

Вывод. Проанализировав данные отечественной и зарубежной научной литературы, можно сделать вывод, что применение препаратов ботулотоксина в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии показывает положительные результаты, является малоинвазивным методом лечения пациентов с различными нозологическими формами. Простота использования БТ и небольшое количество осложнений, которые носят преимущественно временный характер, позволяют применять его не только в условиях стационара, но и амбулаторно.

Использованная литература:

1. Артеменко А. Р. Новости ботулинотерапии. Пластическая хирургия и косметология. № 4, 2011, стр. 679-684
2. Артеменко А. Р., Куренков А. Л., Мингазов Л. Р., Орлова О. Р., Сойхер М. И., Сойхер М. Г. Комплексная реабилитация пациентов с эстетическими проблемами в области лица (с использованием ботулотоксина типа Аланток). Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. № 5, 2018, стр. 53-58
3. Бауманн Л. Косметическая дерматология. МЕД пресс-информ, 2012, с. 325-365, 440-453.
4. Йост У. Иллюстрированный атлас инъекционного применения ботулинического токсина. Квинтэссенция 2011, стр. 222-229
5. Королев А. А. Ботулинотерапия: история развития, механизмы действия, принципы реабилитации постинсультных спастических двигательных расстройств. Паллиативная медицина и реабилитация № 3, 2012, с. 50-54.
6. Королькова Т. Н., Матыцин О. В., Иванов А.М., Довбешко Т. Г. Роль антителогенеза в формировании резистентности к препаратам ботулотоксина. Журнал кожных и венерических заболеваний. № 4, 2013, с. 47-50.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КАЛИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА МЕТОДОМ ИЗМЕРЕНИЯ АКТИВНОСТИ РАДИОИЗОТОПА К-40

Д.М. Делавари – студент гр. 1204 2 курса лечебного факультета

Кафедра радиационной медицины и экологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. А.Р. Аветисов

Актуальность. Калий является важным макроэлементом, ответственным за многие физиологические процессы. Знание о его точном содержании могут помочь как диагностировать различные заболевания, так и вести профилактический скрининг населения. Достоверно известно, что радиоизотоп К-40 является неотделимой частью природного калия и его содержание в природной смеси изотопов калия стабильно и составляет 0,0117 %. Зная это

можно достаточно точно рассчитать массу калия в организме человека методом детекции γ -излучения в ходе радиоактивного распада К-40. Использование метода спектрометрии излучений человека (далее СИЧ) является достаточно экономичным, простым и не инвазивным в сравнении с традиционными методами исследования калия.

Цель исследования: изучить возможность определения массы калия организма методом СИЧ, а также на основе этих данных построить закономерность содержания общего калия в организме человека в зависимости от массы тела, возраста и пола.

Материалы и методы. Использованы данные 58809 измерений СИЧ в Лунинецком районе Брестской области Республики Беларусь за 2015-2019 годы. Предварительная обработка результатов проводилась с помощью программы MS Excel, статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statsoft Statistica 12.

Результаты и их обсуждение. При проведении исследования подтвердилась возможность с помощью СИЧ определять массу калия в организме человека исходя из знаний природного соотношения изотопов. Для этого была выведена рабочая математическая формула перевода активности К-40 в массу калия организма и его удельного содержания. Установлены среднее значение и медиана содержания калия в организме, которая составила соответственно 91,7 г и 90,15 г для всех возрастных групп, а также среднее значение и медиана удельной массы калия соответственно 1,4 г/кг и 1,39 г/кг массы тела. Рассчитаны меры центральной тенденции и меры изменчивости данных. Обнаружена статистически значимая зависимость содержания калия в организме человека от возраста и пола обследованных лиц.

Выводы. 1. Массу калия в организме с высокой степенью точности возможно рассчитать методом СИЧ. 2. Содержание калия в организме человека с возрастом снижается. 3. Содержание калия в организме мужчин достоверно выше, чем у женщин. 4. Неинвазивное определение содержания калия в организме может быть использовано в широкой врачебной практике.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ СРЕДСТВ КОММУНИКАЦИИ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ

М.И. Шлапак - студент 2010(1) Л1 группы 1-го медицинского факультета

Кафедра гигиены общей с экологией

Института «Медицинская академия им. С.И. Георгиевского»

ФГАОУ «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель - доцент С.Г. Яценко

Актуальность. Использование средств коммуникации в жизни современного человека стало неотъемлемой её частью. Мобильные телефоны, как средства коммуникации, используются ежедневно, практически 24 часа в сутки. Однако, до сих пор нет однозначных

ответов на вопросы о влиянии электромагнитных излучений (включая оптический диапазон), которые генерируются мобильными телефонами (МТ), на состояние здоровья человека. Современный молодой человек репродуктивного возраста является наиболее активным пользователем МТ. Ряд проведенных экспериментальных исследований показал, что последствия постоянного воздействия электромагнитных излучений для человека начнут проявляться через 15-20 лет, в некоторых случаях и в более короткие сроки.

При использовании МТ непосредственному облучению подвергаются рецепторные образования слухового и вестибулярного анализаторов, головной мозг в целом. Дроздов Г.Д. и Сакулин В.П. изучили влияние ЭМИ МТ на паттерны ЭЭГ у испытуемых. Было показано очевидное изменение электрической активности мозга в участках плотного прилегания излучателя, а так же в участках, где электромагнитное поле замыкается на хорошо проводящих средах, то есть в областях скопления ликвора. Такие данные указывают на то, что более подвержена воздействию излучения от МТ базальная поверхность мозга и как следствие гипофиз, нарушение функции которого может привести к различным патологиям эндокринного генеза.

Существуют экспериментальные работы (Шилкова Т.В., 2017; Шибкова Д.З., 2018), направленные на изучение воздействия электромагнитных излучений (ЭМИ) на течение и исход беременности, в которых убедительно доказана возможность образования в организме антител под воздействием ЭМИ, имеющих повреждающий характер действия при развитии плода, выявлены цитогенетические эффекты. Рост частоты самопроизвольных аборт, появления гестозов связывают с экспозиционной дозой, при этом доза в 20 часов в неделю считается критической. Имеются данные, что ЭМИ мобильных телефонов ухудшают количественные и качественные показатели мужской спермы (Верещако Г.Г., 2014).

Наблюдения показали, что МТ, большую часть времени находятся в режиме ожидания, и располагаются пользователями в карманах верхней одежды, брюк. Очевидно, что ближайшей «мишенью» при ношении телефона в кармане брюк становятся половые органы мужчин. А исходя из того, что активными пользователями МТ являются юноши репродуктивного и, что больше всего настораживает, пубертатного периода, становится очевидной необходимость детального изучения влияния МТ на мужское репродуктивное здоровье.

Цель. Экспериментально смоделировать и изучить на морфологическом уровне влияние ЭМИ МТ на организм подопытных животных.

Материалы и методы. Из взрослых крыс-самцов линии Wistar, массой тела $189,7 \pm 16,9$, были сформированы две группы: контрольная и экспериментальная, по 8 животных в каждой. Экспериментальная группа находилась в клетке снизу которой располагался МТ запрограммированный на звонок каждые 5 минут в течении суток. Крысы контрольной группы находились в другом помещении без воздействия ЭМИ МТ. Ежедневно проводилось

измерение массы животных. Питание животных и уход за ними были одинаковыми в обеих группах. Спустя тридцать дней проводился вывод животных из эксперимента, дача эфирного наркоза и декапитация. Изъятые тестикулы фиксировались по стандартно методике, проводилась проводка, окраска эозин-гематоксилином и гистологическая оценка.

Результаты исследований. Вес животных опытной и контрольной групп на протяжении эксперимента не имел статистически значимых различий.

Выделенные после эксперимента тестикулы животных из контрольной группы визуально имели нормальное строение. Клетки интерстиция располагались плотно друг к другу, в небольших пространствах между ними находились элементы микроциркуляторного русла. При микроскопическом следовании стромы семенников коллагеновые волокна также располагались достаточно плотно, ядра фибробластов были удлинённой формы с хорошо выраженным эухроматином, что характерно для активного морфофункционального состояния. На базальной мембране канальцев располагались клетки сперматогенного ряда на различных стадиях дифференцировки.

Тестикулы животных из опытной группы были отечны с рыхлой консистенцией насыщенно красного цвета, на их поверхности отчетливо были видны полнокровные кровеносные сосуды. Микроскопическое исследование семенников показало явления отека и деструкции герминативного эпителия с отслоением его от базальной мембраны. Наблюдалось запустевание просвета извитых семенных канальцев, слущивание их эпителия, нарушение фигур мейоза в сперматогониях. Обнаружен выраженный интерстициальный отек между соседними канальцами, обнаружено увеличение интерстициального пространства между синцитиями сперматогониев, определен обедненный пул сперматогониев выявлены редкие участки с сохранной функцией сперматогенеза.

При радиочастотном воздействии происходит деполяризация митохондриальной мембраны в результате дестабилизируется гомеостаз клеточных окислительно-восстановительных процессов, что влечет за собой глубокие биохимические изменения в клетке.

Выводы. При воздействии ЭМИ МТ в тканях тестикул крыс наблюдались выраженные изменения, заключающиеся в обеднении пула сперматогониев, выраженном интерстициальном отеке на фоне редких участков сохраненного сперматогенеза, что свидетельствует об угнетении репродуктивной функции. Полученные результаты следует учитывать при использовании МТ.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А.С. Салаватова, Д.Г. Магомедалиева – студентки 205 группы лечебного факультета
Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители: д.м.н., профессор Р.М. Рагимов, к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. В школьном возрасте дети наиболее чувствительны к воздействию экзо- и эндогенных факторов, которые могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на растущий организм. Неуклонно возрастающая информационная нагрузка, гиподинамия, неудовлетворительная организация питания, антропогенное загрязнение окружающей среды приводят к различным отклонениям в состоянии здоровья детей. Наследственная программа формирования ребенка реализуется в определенных условиях окружающей среды и требует дифференцированного подхода. Здоровье ребенка оценивается не только по морфометрическим данным, но и по функциональному состоянию основных органов и систем, обеспечивающих адаптационный и резервный потенциал организма. Адаптация организма обеспечивается функциональными системами, которые скоординированы во времени и пространстве. Согласно теории Р.М. Баевского, главной системой, которая обеспечивает адаптацию и лимитирует как умственную, так и физическую работоспособность, является сердечно-сосудистая система (ССС). Это объясняется тем, что по характеру ее адаптационных сдвигов, определяемых при динамических наблюдениях в состоянии покоя и в ответ на физические нагрузки можно судить о функциональном состоянии не только сердечно-сосудистой системы, но и организма в целом

Цель: оценка особенностей функционирования сердечно-сосудистой системы у детей дошкольного и младшего школьного возраста и расчет адаптационного потенциала.

Дизайн и методы исследования. Исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы дошкольников и школьников младшего звена (1-2 классы) проходило на базе МБОУ «Прогимназия № 68» г. Махачкала. В исследовании принимали участие 125 обучающихся (табл. 1) с информированного письменного согласия родителей.

Таблица 1. Распределение обучающихся МБОУ «Прогимназия № 68» г. Махачкала, принимавших участие в исследовании по возрасту и полу.

Группа Пол	Дошкольники (6-7 лет)	Школьники (7-9 лет)	Всего
Мальчики	29	43	72
Девочки	25	28	53

Всего	54	71	125

В ходе данного исследования использовались следующие антропометрические показатели: для измерения роста использовался медицинский ростомер, а измерение массы тела проводилось с использованием электронных напольных весов.

Для оценки функциональных возможностей гемодинамической системы определяли основные показатели: величину частоты сердечных сокращений (пульс) в состоянии покоя (ЧСС, уд/мин) с помощью пальпации на лучевой артерии за 1 минуту; величину артериального давления (АД, в мм рт.ст.) регистрировали с помощью электронного тонометра и фонендоскопа; определяли следующие виды артериального давления: систолическое (САД, в мм рт.ст.), диастолическое (ДАД, в мм рт.ст.), пульсовое (ПАД=САД-ДАД, в мм рт.ст.) и среднединамическое (СДД=(ПАД + ДАД) / 3, в мм рт.ст.).

На основании перечисленных показателей рассчитывали следующие параметры:

- величину индекса Робинсона или двойного произведения (ИР, у.о.), который характеризует систолическую работу сердца. Отмечается, что с уменьшением ИР, увеличиваются максимальные аэробные возможности, а, следовательно, повышается уровень соматического здоровья индивида:

$$\text{ИР} = (\text{ЧСС} \times \text{САД}) / 100,$$

где ИР – индекс Робинсона, у.е.; ЧСС – частота сердечных сокращений, уд / мин; САД – систолическое артериальное давление, в мм рт.ст.

- адаптационный потенциал по формуле Баевского Р. М. (1979):

$\text{АП} = 0,011 \times \text{ЧП} + 0,014 \times \text{САД} + 0,008 \times \text{ДАД} + 0,014 \times \text{В} + 0,009 \times \text{МТ} - 0,009 \times \text{Р} - 0,27$, где АП – адаптационный потенциал; ЧП – частота пульса (уд/мин); САД – систолическое артериальное давление (в мм рт. ст.); ДАД – диастолическое артериальное давление (в мм рт. ст.); МТ – масса тела (в кг); В – возраст (лет); Р – рост (в см).

Таблица 2 – Оценка адаптационного потенциала и состояния здоровья (по Баевскому Р.М., 1979)

Условные единицы	Состояние АП	Характеристика здоровья
1,50-2,59	Удовлетворительная адаптация	Здоров
2,60-3,09	Напряжение механизмов адаптации	Практически здоров. Вероятность наличия скрытых или нераспознанных заболеваний низкая
3,1-3,6	Неудовлетворительная адаптация	Показано дополнительное медицинское обследование
3,6 и более	Срыв механизмов адаптации	Показана лечебная физкультура

- коэффициент выносливости Кваса (КВ), который определяется по формуле:

$$КВ = ЧСС \times 10 / АДП,$$

где ЧСС – частота сердечных сокращений в состоянии относительного покоя, уд./мин;

АДП – пульсовое давление, в мм. рт. ст.

Было проведено одномерное статистическое исследование данных и дана интегральная оценка результатов по методике Г. Л. Апанасенко.

Результаты исследования. Показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы детей школьного и дошкольного возрастов представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3.

Показатели сердечно-сосудистой системы у дошкольников (6-7 лет)

Показатели	Мальчики	Девочки
ЧСС в покое, уд/мин	84,3 ± 2,9	80,0 ± 1,1
АД систолическое, мм. рт. ст.	102,5 ± 4,1	100,8 ± 5,2
АД диастолическое, мм. рт. ст.	64,7 ± 4,8	60,3 ± 5,5
АД пульсовое, мм. рт. ст.	37,8 ± 2,2	40,5 ± 4,3
ИР, у.е. (ЧСС x АДс/100)	76,0 ± 6,0	84,2 ± 2,8
КВ, у.е.	15,37 ± 0,7	16,24 ± 0,6
АП, у.е.	1,7 ± 0,1	1,5 ± 0,3

Таблица 4.

Показатели сердечно-сосудистой системы у школьников (7-9 лет)

Показатели	Мальчики	Девочки
ЧСС в покое, уд/мин	87,3 ± 1,6	78,2 ± 1,4
АД систолическое, мм. рт. ст.	105,5 ± 4,3	103,6 ± 1,1
АД диастолическое, мм. рт. ст.	70,0 ± 0,5	64,3 ± 0,7
АД пульсовое, мм. рт. ст.	35,5 ± 0,7	39,3 ± 3,7
ИР, у.е. (ЧСС x АДс/100)	87,2 ± 3,9	80,6 ± 3,6
КВ, у.е.	17,39 ± 1,7	18,1 ± 0,9
АП, у.е.	1,9 ± 0,3	1,8 ± 0,1

Анализ показателей, характеризующих сердечно-сосудистую систему, показал, что средние величины частоты сердечных сокращений у мальчиков и девочек и младшего школьного, дошкольного возрастов находятся в пределах их физиологической нормы. Так, у мальчиков-дошкольников средняя ЧСС составила 84,3 ± 2,9 уд/мин, у мальчиков школьного возраста – 87,3 ± 1,6, тогда как у девочек дошкольного возраста – 80,0 ± 1,1, а школьного возраста – 78,2 ± 1,4.

Показатели артериального давления также находятся в пределах возрастной нормы. Так

средние величины АД систолического у девочек-школьниц составляет $103,6 \pm 1,1$ мм.рт.ст., диастолического и пульсового – $103,6 \pm 1,1$ и $64,3 \pm 0,7$ соответственно; у девочек дошкольного возраста АД систолическое – $100,8 \pm 5,2$, диастолическое – $60,3 \pm 5,5$, пульсовое – $40,5 \pm 4,3$; у мальчиков-школьников АД систолическое – $105,5 \pm 4,3$, диастолическое – $70,0 \pm 0,5$, пульсовое – $35,5 \pm 0,7$; у мальчиков дошкольного возраста АД систолическое – $102,5 \pm 4,1$, диастолическое – $64,7 \pm 4,8$, пульсовое – $37,8 \pm 2,2$.

По средним показателям индекса Робинсона (ИР) у мальчиков школьного возраста можно судить о недостаточности функциональных возможностей и резервов сердечно-сосудистой системы, ИР у них составил $87,2 \pm 3,9$ усл.ед., у мальчиков-дошкольников и девочек обеих возрастных групп этот показатель соответствует «удовлетворительному».

При определении адаптационного потенциала отмечалась тенденция к повышению среднего показателя АП у мальчиков и девочек школьного возраста по сравнению с показателями дошкольников обоих полов. Уровень адаптационного потенциала как у мальчиков, так и у девочек в среднем находится в пределах удовлетворительной адаптации.

Как показало исследование, у дошкольников показатель КВ, нормальные значения которого находятся в диапазоне 12-16 усл.ед., в пределах нормы и характеризует выносливость ССС как удовлетворительную. В то время как у школьников по сравнению с показателями первой группы КВ выходит из диапазона верхней границы нормы и составляет у мальчиков и девочек $17,39 \pm 1,7$ и $18,1 \pm 0,9$ усл.ед. соответственно, что свидетельствует об ослаблении функции сердечно-сосудистой системы.

Выводы:

1. Согласно результатам исследования, подавляющее большинство школьников и дошкольников имеют данные, соответствующие функциональным особенностям организма.
2. Обнаружено, что дети данной возрастной группы являются особо уязвимыми для возможных нарушений в функционировании сердечно-сосудистой системы. Поэтому необходимо уделять должное внимание изучению и оценке функциональной системы сердечно-сосудистой системы у школьников и дошкольников, а также принимать меры для поддержания и улучшения их адаптационных возможностей.

Литература:

1. Апанасенко, Г. Л. Физическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида / Г. Л. Апанасенко, Р. Науменко // Теория и практика физической культуры. – 1988. – № 6. – С. 29–31.
2. Алексеев, В. М. Пульсовая оценка относительной физической напряженности аэробной мышечной работы / В. М. Алексеев, Я. М. Коц // Физиология человека. – 1981. – Т. 7. – № 4. – С. 728–736.

3. Satoru Sakuragi, Katrina Abhayaratna. Influence of adiposity and physical activity on arterial stiffness in healthy children. 2009 Mar; 53:611-616.

4. Andrew J Maiorana, Dick H J Thijssen. Impact of inactivity and exercise on the vasculature in humans. 2010 Mar;108(5):845-75

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

Р.А. Давдиев – студент 13 гр. 2 курса лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – зав. кафедрой, д.м.н. Л. С. Агаларова

Актуальность. Охрана здоровья студентов считается одной из важнейших социальных задач общества.

Студенты высших учебных заведений – социально-экономический, интеллектуальный, творческий потенциал страны.

В последнее время, наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья студентов, в то время как общество нуждается в активных, здоровых, творческих личностях, готовых реализовать себя во всех жизненных сферах, в первую очередь – в профессиональной деятельности.

Цель исследования: разработка рекомендаций по формированию здорового образа жизни студентов медицинского университета.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Дагестанского государственного медицинского университета в 2022 году. Всего было включено в исследование – 345 студентов 4 - 5 курсов, в возрасте 20-23 года.

Методы исследования: социологический, статистический, метод системного анализа.

Объект исследования: отношение студентов ДГМУ к формированию здорового образа жизни. Единица наблюдения – студент 4 курса лечебного факультета

Предмет исследования – мнение 345 студентов лечебного факультета к формированию здорового образа жизни.

Для сбора информации была разработана специальная анкета и карта согласия. Анкета включала 43 вопроса по формированию здорового образа жизни.

Результаты исследования. Была собрана статистическая информация с применением специальной анкеты:

1. 21,9% студентов имеют семью.
2. 68% студентов не всегда соблюдают режим питания
3. Высокая учебная нагрузка не позволяет заниматься спортом 63,9% студентов.

4. 43% студентов проводят свободное время в интернете.
5. 81% студентов не курят, 79% - не употребляют алкоголь
6. 67% студентов для поддержания своего здоровья соблюдают только гигиену.
7. 53-56% студентов считают условия жизни и учебы главными факторами,

влияющими на здоровье.

Выводы. Проведенное социологическое исследование показало, что:

1. Более половины (57%) студентов информированы о факторах здорового образа жизни, но, однако, у них недостаточная мотивация к ее ведению.
2. Создание специального приложения для мобильного телефона по пропаганде здорового образа жизни.
3. Выявлена низкая медицинская активность среди студентов. В случае болезни 42% студентов занимаются самолечением, а 16% опрошенных не обращаются к врачу, надеясь, что болезнь пройдет сама.
4. Необходима разработка и апробирование в университете системы регулярного мониторинга поведенческих, производственных и бытовых факторов риска развития неинфекционных заболеваний в студенческой среде.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МИКРОКЛИМАТА РАБОЧЕЙ ЗОНЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

**А.А. Набиева¹, А.Б. Афлятунова¹ – студентки 101А гр. лечебного факультета
Кафедра биологии**

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия, Уфа, Россия

*Научные руководители – к.б.н., зав. кафедрой безопасности жизнедеятельности и
технологического оборудования, доцент Г.Ф. Латыпова², старший преподаватель кафедры
биологии А.Т. Волкова¹*

¹*Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа*

²*Башкирский государственный аграрный университет, г. Уфа*

Актуальность: исследуемые параметры рабочей зоны влияют на здоровье людей, и в случае негативного воздействия способны приводить к профессиональным заболеваниям.

Цель исследования: изучить влияние микроклимата рабочей зоны на здоровье человека. Задачами исследования было определить соответствие безопасности условий труда на рабочем месте сотрудников вузов, в нашем случае на кафедре анатомии человека БГМУ, и провести сравнение этих условий труда их с условиями труда дворника, работающего на открытом пространстве.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили условия труда преподавателей кафедры анатомии и дворников. Для определения безопасных условий

труда были исследованы следующие параметры микроклимата: температура, влажность, освещённость, пульсация, шум, концентрация газов CO₂ и O₂. При измерениях были использованы приборы для определения концентрации газов – газоанализатор «ПГА-200», температуры и влажности – термогигрометр «ИВТМ-7 - Практик-НЦ», освещённости и пульсации – люксметр - пульсметр «ТКА-ПКМ», шума – шумомер «Smart Sensor AR 844».

Результаты исследования: для исследований были выбраны объекты ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (БГМУ): лекционный зал в учебном корпусе №1 и анатомический зал учебного корпуса №5; также были произведены замеры на дворовой территории университета, чтобы сравнить их с условиями работы дворника. Были изучены карты специальной оценки условий труда сотрудников кафедры анатомии человека и дворника БГМУ. Преподаватели кафедры анатомии человека подвержены воздействию химического фактора, поэтому результаты оценки их условий труда имеют класс 3.1 – вредные условия труда. Гарантии и компенсации, предоставляемые работникам, занятым на данном рабочем месте, следующие: повышенная оплата труда работника, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск, сокращённая продолжительность рабочего времени, молоко или другие равноценные пищевые продукты. Дворники согласно результатам СОУТ – 2 класс – допустимые условия труда, следовательно, никакие льготы им не положены.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования было определено, что некоторые параметры микроклимата не соответствуют нормам СанПиН 1.2.3.3685-21. Так, температура к началу лекции – 23,7 °С, что соответствует норме СанПиН, а к концу – 25,4 °С, что превышает норму. В анатомическом зале температура составила 25,9 °С несмотря на то, что в помещении были открыты окна и дверь. На улице температура воздуха в тени была ниже нормы и составила 16,2 °С, а на солнце 24,2 °С, что почти соответствует нормативам. Из-за отопления (время года замеров - весна), влажность не соответствует норме и составляет 18% в помещении и 19,5% на улице. Освещённость в лекционном зале – 183,99 Лк, в анатомическом зале - 153,2 Лк., что не соответствует норме СанПиН (не менее 300-500 Лк) в обоих случаях. На улице в пасмурный и в яркий солнечный день освещённость составила 500Лк - 58,6 кЛк. Пульсация в помещении обычно не соответствует норме и превышает её значение: 54,83% в лекционном зале и 51,3% в анатомическом, что превышает нормативные 20%. На улице пульсация ~0% (в нашем случае 0,2%), что соответствует норме СанПиН. Концентрация углекислого газа и кислорода была измерена до начала лекционного занятия и после. При этом замечена следующая тенденция: концентрация углекислого газа растёт (с 0,68% до 0,73%) в течение академического часа (45 минут), а концентрация кислорода падает (с 13,6% до 12,7%). Поэтому для создания комфортных условий труда рекомендуется проветривать аудиторию каждые 45 минут. В анатомическом зале была измерена концентрация углекислого газа и кислорода только во время самого практического занятия и составила 0,49% и 12,9%

соответственно. Шум до начала лекции и во время неё минимален и составляет 28,8 дБ, а на практическом занятии по анатомии уже возросло до 67,8 дБ, но всё равно не превышает норму. На улице дворник, работающий вдали от дороги меньше подвержен действию шума (43,9 дБ), в отличие от работы вблизи проезжей части (71,7 дБ). Наиболее весомое значение при оценивании условий труда придается классификации по временному признаку, в котором шум можно разделить на постоянный (уровень звука изменяется не более чем на 5 дБа) и непостоянный (более чем на 5 дБа) [1]. При изучении научных исследований по профессиональным заболеваниям определен спектр потенциальных профессиональных заболеваний, которым более всего подвержена рассматриваемая категория работников с учетом их условий труда.

Закключение и выводы. Учитывая факт наличия у преподавателей кафедры анатомии человека класса условий труда 3.1, можно сделать вывод о риске развития следующих профессиональных заболеваний: гиперемия конъюнктивы и слизистой оболочки верхних дыхательных путей, отравление парами формальдегида, поражения ногтей, высыпания на коже, которые могут возникнуть из-за непосредственной работы с формалином и трупным материалом. Помимо специфических профессиональных заболеваний у преподавателей кафедры анатомии человека, как и у всех других педагогических работников есть риск развития глазных и ЛОР болезней, болезней опорно-двигательного аппарата, хронической усталости, что обусловлено спецификой их работы [2,3].

Дворники с классом условий труда 2, в силу работ на улице с перепадом температур, чаще подвержены следующим профессиональным заболеваниям: хронический бронхит, ринит, остеохондроз, артрит и другие болезни опорно-двигательного аппарата.

В системе профилактических мероприятий, направленных на обеспечение безопасных условий труда важное место занимают средства индивидуальной защиты (СИЗ). Применение СИЗ является необходимым условием для персонала, работающего под влиянием вредных и опасных производственными факторов [4].

В целях сохранения здоровья работников работодатель обязан проводить первичные при поступлении на работу и периодические (ежегодные) медицинские осмотры, выдачу СИЗ, модернизацию и автоматизацию производственных процессов, постоянный анализ условий работы и здоровья сотрудников и мероприятия по предупреждению аварий и несчастных случаев путем создания безопасных условий и функционирования системы управления охраны труда, а также предоставлять дополнительные гарантии и компенсации тем работникам чьи условия труда согласно СОУТ вредные.

Список литературы:

1. Основные аспекты оценки виброакустических факторов. Абдрахманов Н.Х., Федосов А.В., Хамитова А.Н., Бадрутдинова И.И., Матузов Г.Л. Безопасность техногенных и природных систем. 2021. №3. С. 13-22.
2. Дьякова Н. А. Гигиена и экология человека: учебник для СПО / Н. А. Дьякова, С. П. Гапонов, А. И. Сливкин. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург: Лань, 2022. - 300 с.
3. Физическая культура: методические указания и контрольные задания для студентов заочной формы обучения всех направлений подготовки / сост.: Т. Н. Бахтина, Н. В. Курова, Г. Р. Вичикова. - СПб.: СПбГЛТУ, 2018. - 48 с.
4. Особенности обеспечения работников СИЗ в Российской Федерации и зарубежных странах. Бахонина Е.И., Матузов Г.Л. Безопасность жизнедеятельности. 2022. №6 (258). С. 11-16.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП И РЕЛИГИОЗНЫХ КОНФЕССИЙ О ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

В.Е. Николаенко - студентка 4 гр. лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения

Института непрерывного образования

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – к.и.н., доцент Р.З. Симонян

Актуальность. Современная медицина достигла невероятных высот. Кажется, что уже не осталось ничего, что было бы неподвластно современным медицинским технологиям, методам. Некоторые заболевания и состояния, которые раньше считались неизлечимыми, сейчас не являются таковыми. Однако в современном мире всё еще остаются факторы, ограничивающие возможности науки. Один из них – религия. Таким образом, вероисповедание иногда идет вразрез с цивилизацией и, в том числе, нововведениями в медицине. Проблемой, которой хотелось бы уделить особое внимание, является отношение различных этнических групп и религиозных конфессий к трансплантации органов и тканей. Было выдвинуто предположение о том, что некоторые вероисповедания категорически не одобряют (запрещают) пересадку органов, донорство.

Цель исследования – осуществить оценку мнений различных этнических групп и религиозных конфессий к трансплантации органов и тканей.

Материалы и методы исследования. В работе использовались методы анкетирования, анализа данных, описания, стандартной статистики. Было проведено анкетирование, в котором приняли участие 200 респондентов.

Результаты исследования. Трансплантация органов - это пересадка сердца или печени, или почки, т.е. органов, пригодных для трансплантации, только при условии, что они были

изъяты у человека в случае смерти мозга, когда сердечная деятельность (кровообращение) продолжает поддерживаться аппаратом искусственного кровообращения (АИК). В ином случае органы могут подвергаться недлительному хранению в специализированных условиях [4].

По результатам анкетирования, в котором приняли участие 200 респондентов, было выяснено следующее. Большинство (64% - 130 человек) относят себя к Православию. Часть людей (17% - 23 человека), относящих себя к Русской Православной Церкви (РПЦ), ошибочно полагают, что их религия не поддерживает трансплантацию органов и тканей [2]. На самом деле церковь поощряет добровольное изъявление человеком своей воли пожертвовать частью своего тела для спасения жизни другого. Ведь это действительно христианский поступок — он совершается по примеру Иисуса Христа, который пришел в этот мир, чтобы добровольно принести Себя в жертву, отдать Свою плоть и кровь для спасения мира [1]. Почти все, кто относит себя к РПЦ, положительно относятся к трансплантации органов и тканей. Только один из опрошенных не поддерживает донорство органов или тканей.

Еще часть (25,6%-52 человека) опрошенных не относят себя ни к одной из религий (являются атеистами). Из них: 8 человек нейтрально относятся к донорству, остальные (46 человек) — положительно.

Что касается других религий, то в Исламе имеется положительное решение в отношении пересадки органов. Трансплантация допускается при условии, что предварительно установленная ожидаемая польза от операции по пересадке органа будет многократно превосходить возможный вред [5].

Разрешается пересадка органа одного человека другому, если эти органы обладают способностью регенерации (кожа), а также возможно переливание крови.

Рассмотрим Иудаизм. Нужно отметить, что, если те или иные органы умершего могут быть пересажены больному человеку — трансплантация допустима, и более того, если речь идет о жизни и смерти больного, трансплантация является душеспасительным делом, то есть религиозным долгом [4].

Стоит сказать, что большинство религий объединяют общие ограничения. Например, нельзя искусственно продлевать жизнь человека в терминальном состоянии, чтобы можно было воспользоваться его органами для пересадки. Как и нельзя брать органы у живого человека, находящегося в коме или агонии. И, наконец, пересадка органов не должна осуществляться против воли самого донора или его родных и близких [3].

Особое внимание нужно уделить достаточно многочисленному и распространенному по всему миру религиозному движению Свидетели Иеговы (секта признана экстремистской и запрещена на территории Российской Федерации). Относящим себя к данной религиозной конфессии категорически запрещается употребление крови, как в пищу, так и трансфузионно. Свидетели Иеговы допускают трансплантацию органов исключительно при условии, что

донорский орган полностью обескровлен, иначе говоря, делают её невозможной [5].

Выводы. Большинство религий, за редким исключением, положительно относятся, и даже поддерживают трансплантацию тканей. Данный факт доказывает, что развитие современных медицинских технологий находит свое отражение в вероисповеданиях. Необходимо сказать, что трансплантация крови и органов не должна осуществляться против воли донора или его родных и близких. Разумеется, категорически запрещается жертвовать жизнью донора для спасения жизни реципиента.

Список литературы

1. Андрианов, А. В. Законодательство и религии Российской Федерации (Русская Православная Церковь, Иудаизм, ислам и буддизм) по этическим вопросам трансплантологии / А. В. Андрианов // Ипатьевский вестник. – 2015. – № 3(3). – С. 173-211. – EDN IZLFFH.
2. Галибин О. В., Беляева И. Г. Трансплантация органов: этические и юридические аспекты // Качественная клиническая практика. 2006. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transplantatsiya-organov-eticheskie-i-yuridicheskie-aspekty> (дата обращения: 03.04.2023).
3. Кривулина Е. В., Кулев В. К., Свиридов С. С. Изъятие и трансплантация органов умершего человека // НиКа. 2010. №. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izyatie-i-transplantatsiya-organov-umershego-cheloveka> (дата обращения: 03.04.2023).
4. Яремин Борис Иванович, Миронов Алексей Александрович, Гребенников Виталий Валерьевич, Александрова Виктория Эдуардовна, Масликова Ульяна Владиславовна От консервации к аппаратной перфузионной реабилитации донорских органов // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. 2017. №5 (29). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ot-konservatsii-k-apparatnoy-perfuzionnoy-reabilitatsii-donorskih-organov> (дата обращения: 03.04.2023).
5. Ярощук, А. В. Трансплантация органов и тканей человека: правовой и морально-этический аспект / А. В. Ярощук, В. Г. Громов // Современное культурно-образовательное пространство гуманитарных и социальных наук: Материалы VIII Международной научной конференции, Саратов, 08 апреля 2020 года / Под общей редакцией Ю.Ю. Андреевой, И.Э. Рахимбаевой. – Саратов: Издательство "Саратовский источник", 2020. – С. 913-920. – EDN HMECAJ.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Р.А. Юшаева, М.Г. Гусейнова - студенты 345 группы лечебного факультета
Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры фармакологии Н.Б. Ханмурзаева

Актуальность. Данная статья исследует качество жизни и приверженность здоровому образу жизни среди студентов Дагестанского Государственного Медицинского Университета в период пандемии Covid-19. Авторы провели социологический опрос среди 129 девушек и 71 юношей 1-6 курсов данного вуза. В статье проанализированы качество жизни и приверженность здоровому образу жизни студентов и выявлены гендерные различия по ряду изучаемых показателей. По результатам исследования были выдвинуты факторы риска для здоровья и причины недостаточной приверженности студентов к здоровому образу жизни.

В настоящее время многие молодые люди ведут нездоровый образ жизни, что приводит к ухудшению их состояния здоровья и, как следствие, ухудшению качества жизни. Недостаток движения, неправильное питание, некачественный сон, негативные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков) - все это влияет на здоровье и уменьшает удовлетворенность жизнью.

Поэтому, для повышения качества жизни молодежи необходимо пропагандировать здоровый образ жизни и активно привлекать молодежь к физическим занятиям, спортивным мероприятиям и другим видам активной деятельности, которые помогают сохранять здоровье и улучшать настроение. Кроме того, необходимо проводить информационную работу среди молодежи, направленную на формирование позитивного отношения к здоровому образу жизни и на показ преимуществ такого образа жизни.

В данном исследовании **целью** явилась оценка качества жизни и приверженности здоровому образу жизни у студентов ДГМУ в постCovidный период.

Также проанализированы данные об участии студентов в спортивных секциях, посещении медицинских учреждений и приверженности к курению. На основании полученных данных была проведена статистическая обработка, которая позволила сделать выводы о том, как изменились качество жизни и приверженность к здоровому образу жизни после пандемии Covid-19.

Материалы и методы. Нами проводилось анкетирование 200 студентов, из которых 129 девушек и 71 юношей 1-6 курсов ДГМУ. Оценка КЖ (качество жизни) проводилась с помощью валидизированного опросника (созданного с помощью программного обеспечения FormApp) адаптированного нами к изучению КЖ студенческой молодежи 1-6 курсов ДГМУ.

Оценка образа жизни (ООЖ) проводилась с помощью анкеты «Здоровый образ жизни и факторы, его определяющие в фокусе студента ДГМУ», которая была самостоятельно нами разработана.

Анкета состоит из 11 вопросов включающая оценку отношения студентов к спорту, курению, посещению медицинских учреждений, оценки частоты употребления лекарственных

средств, выявление причин, вызывающих стресс у студентов, а также наличие определенных заболеваний.

Результаты исследования и их обсуждение. При анкетировании студентов 1-6 курсов ДГМУ, нами были получены следующие данные. Из участвовавших в анкетировании 200 студентов - 64,5% девушек (129 человек) и 35,5% юношей (70 человек.)

Из проведенного исследования можно сделать вывод, что большинство студентов ДГМУ ведут физически активный образ жизни (47,5%) и занимаются спортом не реже 2-3 раз в неделю (24,5%). Также, меньше чем у 11% студентов есть привычки, которые могут негативно повлиять на их здоровье, включая курение каждый день (5%) и курение в прошлом (5,5%).

Изучение причин стресса у студентов показало, что студенты подвержены стрессу из-за множества причин, включая нагрузки на учебу, экзамены, личные отношения и финансовые проблемы. При этом, более чем половина студентов (81%) заявили, что они подвержены стрессу.

Также представленные в таблице данные представляют результаты анализа частоты употребления лекарственных средств (рис.1) и посещения медицинских учреждений(рис.2) среди студентов, а также причины стресса и заболевания, которыми страдают студенты.

Из анализа следует, что 18,1% студентов, при наличии соответствующих жалоб по состоянию здоровья принимают лекарственные средства довольно часто, тогда как 73.9% принимают их редко. Ежегодный медицинский осмотр из всех опрошенных проходят только 11,5% студентов, в то время как 46,5% студентов редко посещают врача, а 34% посещают врача более 2-3 раза в год, а 8% вообще не обращаются к специалистам.

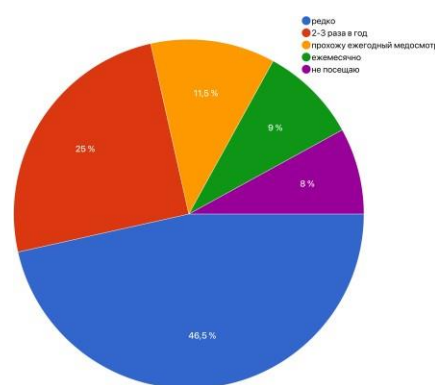
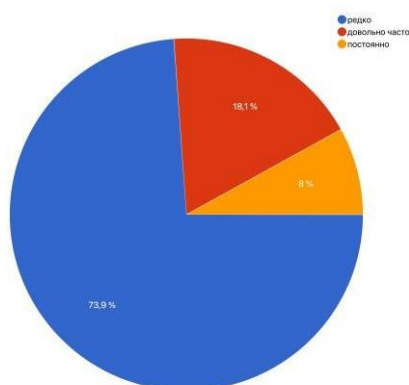


Рис.1. Частота употребления лекарственных средств. Рис.2. Частота посещения врача.

Относительно стресса, исследование показало, что 19,5% студентов не подвержены стрессу, 44,5% студентов подвержены стрессу время от времени, а 36,5% студентов считают, что постоянно подвержены стрессу. Проблемы с учебой являются главной причиной стресса у 44,3% студентов, далее 30,2% составляют другие причины, вызывающие стресс, проблемы в семье, коллективе и одиночество составляет 17,7%. (рис.3). По данным заболеваний из 100% анкетированных - 54,3% студентов не страдают никакими заболеваниями, в то время как 19,6% студентов страдают анемией; 10,6% - желудочно-кишечными заболеваниями; 7% - сердечно-сосудистыми заболеваниями; 5% - заболеваниями опорно-двигательного аппарата; 3,5% страдают сахарным диабетом (рис.4).

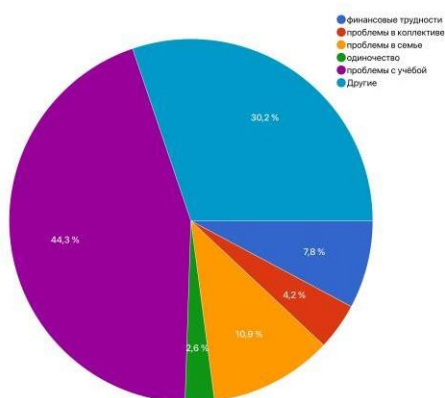


Рис.3. Причины, вызывающие стресс у студентов.

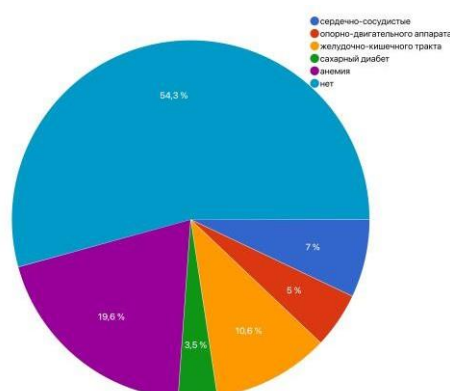


Рис.4 Заболевания студентов.

Таким образом, проведенное исследование позволяет оценить общую картину состояния здоровья студентов ДГМУ и выделить направления для улучшения их здоровья и благополучия.

Представленные данные могут быть полезны для разработки программ здоровья для студентов, а также для понимания проблем, с которыми студенты сталкиваются в повседневной жизни.

Заключение. Сохранение и улучшение здоровья молодежи является одним из главных

условий повышения качества жизни и общественного благосостояния в целом.

Изучение образа жизни студенческой молодежи в современных социально-экономических условиях является важной задачей. Ее решение позволит комплексно оценить факторы риска потери здоровья студентов и разработать научно обоснованные мероприятия по сохранению и укреплению их здоровья.

В исследовании подчеркнута взаимосвязь влияния здорового образа жизни на качество жизни. В процессе исследования были выявлены главные факторы риска для здоровья молодежи, такие как курение, недостаток физической активности и недостаточное

информирование о здоровом образе жизни. Так же выявлено, что для студентов ДГМУ важно проводить работу по психологическому сопровождению, особенно в период адаптации к университетской жизни. Такой подход позволит формировать у студентов приверженность к здоровому образу жизни и расширит возможности получения более качественного образования в высшем учебном заведении.

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Е.О. Кравченко - студент 1 гр. 2 курса лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Курский государственный медицинский университет, Курск

Научный руководитель - к.и.н., доцент Р.З. Симонян

Актуальность. Медицина представляет собой комплекс научных познаний и практической деятельности, направленный на укрепление здоровья пациента, продление его жизни, профилактику заболеваний, а также оказание паллиативной помощи. Охрана здоровья гражданина включает в себя различные программы и мероприятия, связанные с профилактикой и лечением болезней, а также с пропагандой здорового образа жизни. Это право закреплено во многих нормативных правовых актах. В связи с этим любые действия (или бездействия) со стороны медицинских работников, представляющие опасность для пациентов, считаются преступлением. При рассмотрении гражданских исков или при расследовании уголовных дел, связанных с медицинской деятельностью, по поручению суда или прокуратуры происходит назначение судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), основной задачей которой является установление причинно-следственных связей между деянием медицинского работника и наступившими последствиями.

Цель исследования – рассмотреть актуальные медико-правовые проблемы российской СМЭ.

Материалы и методы. Материалами послужили актуальные нормативно-правовые акты, регулирующие осуществление медицинской деятельности в сфере здравоохранения (Конституция РФ, ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Уголовно-процессуальный кодекс РФ). В ходе исследования применяли эмпирические и теоретические методы: анализ, синтез и сравнение.

Результаты исследования. Проведение СМЭ происходит в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами на основе материалов уголовного дела, поступивших в медицинскую экспертизу. Экспертная комиссия для СМЭ должна состоять минимум из двух человек. В ходе СМЭ

проводятся профессиональные исследования, а также применяются специальные методы и материалы для достоверного определения диагноза. К задачам экспертной комиссии относятся оценка соблюдения порядков оказания медицинской помощи, а также определение причинно-следственной связи. Судебно-медицинский эксперт должен провести анализ правильности оказания медицинской помощи и оценить причины и обстоятельства смерти человека.

Некоторые из медико-правовых проблем судебной медицины в России включают:

- отсутствие трудовых ресурсов;
- несвоевременное получение медицинской экспертизы из-за нехватки квалифицированных специалистов и медицинского оборудования;
- ограниченный доступ к медицинской экспертизе для жителей отдаленных районов;
- отсутствие стандартизации процесса медицинской экспертизы, приводящее к несоответствиям в определении степени инвалидности (различия в подготовке судмедэкспертов, различия в толковании медицинских руководств и отсутствие централизованной оценки инвалидности могут привести к различной степени определения инвалидности);
- споры относительно обоснованности и достоверности заключений медицинских работников.

Выводы. Обобщая все вышесказанное, можно несколько выводов. Во-первых, медицинская деятельность не всегда может быть безопасной из-за различных факторов, таких как человеческий фактор, неисправность оборудования, недопонимание или неадекватное обучение. Во-вторых, проводимые судебно-медицинские экспертизы лишены методики проведения соответствующих исследований, следовательно, будущий прогноз и степень тяжести осложнений проведенного медицинского вмешательства не имеют научно обоснованного подхода. В-третьих, решение о том, какой умысел правонарушения лежит в основе – прямой или косвенный, наверное, можно спорить бесконечно, поскольку правоприменительная практика в этой части пока ещё не пришла к единому консолидированному мнению.

СНАТГРТ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

А.М. Мугизов, А.В. Усачев - студенты 502гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, Россия

Научный руководитель - к.м.н. В.Я. Наумова

Актуальность. Системы искусственного интеллекта (ИИ) имеют большие перспективы для улучшения медицинского обслуживания, ускорения диагностики и лечения заболеваний. В ноябре прошлого года компания OpenAI выпустила в общедоступную сеть большую языковую модель под названием ChatGPT, что привлекло внимание многих научных деятелей и миллионов пользователей по всему миру. Уже сейчас изучается потенциал использования чат-бота в различных областях медицины, в том числе на прохождении известного экзамена USMLE. С каждым днем появляются новые статьи и публикации о возможностях ChatGPT, однако на данный момент они не были продемонстрированы в системе российского здравоохранения. В представленной работе нас интересовал потенциал чат-бота в решении вопросов в области акушерства и гинекологии.

Цель. Оценить возможности ChatGPT в прохождении аккредитационного теста по специальности “Акушерство и гинекология”, как заключительного этапа в подготовке узкоспециализированных врачей по завершении ординатуры.

Материалы и методы исследования. В качестве оценочных средств был использован репетиционный тест, который является первым этапом первичной специализированной аккредитации по специальности «Акушерство и гинекология». Тест состоял из 80 вопросов, которые были сгенерированы случайным образом из единой базы оценочных средств. Для того чтобы уменьшить смещение при удержании в памяти, для каждой записи в ChatGPT был запущен новый сеанс чата. На выходе анализировалась точность ответов исходя из соответствия ключу репетиционного теста, а также согласованность утверждений, подтверждающая или противоречащая им. Все данные записывались и обрабатывались в программе Microsoft Excel. Уровень проходного балла составлял 70% и более правильных ответов.

Результаты исследования. В ходе тестирования чат-бот показал результат в 43,75% положительных ответов, отрицательных - 38,75%, а доля неопределенных составила 17,5%. Отметим, что под критерии неопределенного подходили следующие - вывод ChatGPT не является выбором ответа; ChatGPT определяет, что информации недостаточно; особенности русскоязычной терминологии не дают возможности предоставления однозначного решения. Согласованность верных утверждений составила 94,29%.

Выводы. ChatGPT не достиг уровня проходного балла, однако согласованность его выводов была высокой. Настоящие результаты отражают возможности ChatGPT на 18 февраля 2023 года в области “Акушерство и гинекология” в рамках репетиционного тестирования на первичную специализированную аккредитацию, однако будущие испытания благодаря обучающемуся алгоритму, могут дать иные результаты и требуют дальнейшего изучения.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ.
ОБЩАЯ ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА

ДИАГНОСТИКА РИСКА ДЕВИАНТНОГО ПОТЕНЦИАЛА В РД

З.М. Асадулаева – студентка 4 курса лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. Р.М. Рагимов, доцент Н.М. Абдуллаева

«Вот он сидит перед нами, взгляните

Сжался пружиной, отчаялся он.

С миром оборваны тонкие нити

Словно стена без дверей и окон.

Вот они, главные истины эти:

Поздно заметили... Поздно учли...

Нет!!! Не рождаются трудными дети!

Просто им вовремя не помогли.»

С. Давидович

Актуальность. Современный этап развития российского общества показывает стремительные преобразования во всех его сферах: социально-экономической, правовой, культурной. Однако наравне с этим отмечаются негативные явления, связанные с изменением уклада и образа жизни. В первую очередь это углубление социальной дифференциации, повышение уровня конфликтности и тревожности. Проблема организации эффективной системы ранней профилактики девиантного поведения занимает ведущий интерес среди педагогов, психологов и медицинских работников. Это объясняется возрастной оппозицией и протестом, ведущих к повышению уровня правонарушений и криминального поведения. Данная тема наиболее актуальна среди школьников, изначально подвергающихся большей степени восприимчивости и прессингу как малой социальной группе.

Одной из важных задач деятельности образовательных организаций является выявление несовершеннолетних «групп риска», а также оказание психологической и педагогической помощи несовершеннолетним, находящимся в социально опасном положении, которые являются потенциально склонными к саморазрушаемому поведению. Дети «группы риска»- дети с различными формами психологической и социальной дезадаптации, выражающейся в неадекватном поведении нормам и требованиям ближайшего

окружения: семьи, школы. Среди причин, приводящих к подобным изменениям выделяют:

1. Внутренние трудности возраста
2. Неопределенность социального положения
3. Перестройка механизмов социального контроля

Цель: анализ социально-психологического климата, и оценка психологической безопасности образовательной среды с выявлением группы риска среди школьников республики Дагестан г. Махачкала

Методы. Опрос проводился анонимно в форме тестирования среди группы школьников в возрастной категории от 10 до 18 лет в количестве 500 человек без учёта гендерных отличий и с информированного согласия участников эксперимента. Результаты вычислялись в соответствии с балловой системой. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программ Microsoft Excel и «Статистика»

Результаты и их обсуждение. Тестирование включало в себя два блока вопросов. Первый показывал благоприятность социальной среды ребенка, а второй его собственную оценку психического благополучия. За каждый ответ начислялись баллы, которые суммировались отдельно за каждый блок: «нет»-0; «скорее нет, чем да»-1; «скорее да, чем нет»-2; «да»-3. В завершении устанавливалась взаимосвязь между показателями обеих шкал в рамках одного респондента.

Шкала «самочувствие-благоприятность климата»:

1) 21 – 30 баллов- Самочувствие и психологический климат благоприятны

2) 11 – 20 баллов- Самочувствие и психологический климат нейтральны/удовлетворительны

3) 0 – 10 баллов- Самочувствие и психологический климат ниже среднего

Шкала риска:

1) 21 – 30 баллов- Риск психотравмирования состоянием социально-психологической изоляции, пренебрежения опасностью и агрессивного поведения высокий.

2) 11 – 20 баллов- Риск психотравмирования состоянием социально-психологической изоляции, пренебрежения опасностью и агрессивного поведения средний

3) 0 – 10 баллов- Риск психотравмирования состоянием социально-психологической изоляции, пренебрежения опасностью и агрессивного поведения низкий.

Были выявлены следующие взаимосвязи между показателями:

1) Значимые отрицательные взаимосвязи между шкалой «самочувствие-благоприятность климата» и шкалой риска ($r = -0,135^*$, $p < 0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по первой шкале, тем меньше выражены показатели по второй.

2) Показатели рисков изоляции, пренебрежения опасностью и агрессивного поведения

находятся в прямой зависимости друг от друга.

Среди 50,82% опрошенных собственное самочувствие и психологический климат оцениваются как благоприятный; 39,5% как удовлетворительный; 9,68% как низкий.

Риск социально-психологической изоляции (РСИ) составил 40,0%; риск пренебрежения опасностью 63,08%; риск агрессивного поведения 55,38%

Выводы. Анализ статистических данных показывает наличие тенденции преобладания средних оценок безопасности психологического климата обучающимися школ. Риск социально-психологической изоляции и пренебрежения опасностью оценивается как незначительный. Распределение полученных результатов по риску агрессивного поведения показывает в большинстве случаев стабильную ситуацию. Высокая вероятность агрессивного поведения отмечается в единичных случаях

Список цитируемой литературы.

1. Лелеков В. А. Ювенальная криминология: учебник / В.А. Лелеков, Е.В. Кошелева. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017. - 332 с.
2. Иванченко Р. Б. Современные подходы к определению и классификации школьного насилия / Р. Б. Иванченко, В. С. Соловьев // Вестник Воронежского института МВД России. - 2014. - № 3. - С. 128.
3. Радькова Л. С. О некоторых мерах по профилактике вовлечения несовершеннолетних в незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов / Л. С. Радькова // Вестник Воронежского института МВД России. - 2018. - № 4. - С. 249-250.
4. Щеголева А. Н. Механизм использования криминальной субкультурой психофизиологических особенностей несовершеннолетнего возраста / А. Н. Щеголева // Вестник Воронежского института МВД России. - 2019. - № 2. - С. 270.
5. Колесников Р. В. Общесоциальные и специально-криминологические меры профилактики современной преступности несовершеннолетних / Р. В. Колесников // Вестник Воронежского института МВД России. - 2020. - № 4. - С. 197.

ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С УЧЕТОМ НОВЫХ ПОПРАВОК В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ О ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ

Р.Т. Раджабов - студент 3 курса 8 группы лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - к.м.н., ассистент Л.А. Алиева, к.м.н., доцент Ф.М. Османова

Актуальность. Согласно докладу «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2021 году», примерно 78,5 миллиона человек, или 54% населения, подвергаются воздействию факторов нездорового образа жизни [4]. Современный врач должен знать о правовой ответственности за здоровье и находить убедительные аргументы для повышения медицинской активности населения.

Цель исследования. Изучить самооценку здоровья, образ жизни студентов, информированность о новых законодательных актах, закрепляющих правовую ответственность за здоровье. Поиск механизмов воздействия на поведенческие факторы риска и низкую медицинскую активность населения.

Материалы и методы исследования: социологический метод; проведение онлайн опроса студентов (539 человек, 57,3% женщин и 42,7% мужчин); статистический метод обработки полученной информации; анализ научной литературы; формально-логический анализ норм российского законодательства.

В 2024 году в Российской Федерации завершает работу пятилетний Федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек». Первым пунктом в паспорте проекта стоит - увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни [5]. По данным опроса Росстата, большая часть населения России не считает нужным ежегодно проходить медицинские осмотры и диспансеризацию, что характеризует низкую медицинскую активность россиян.

Результаты исследования. По результатам проведенного нами исследования 78,2% студентов считают, что ведут здоровый образ жизни (72,7% девушек и 84,5% юношей). Курят 10,5% студентов. При этом среди тех, кто считает, что ведет здоровый образ жизни курят 7,5% (4,6% женщин, 10,4% муж). Хотя, в соответствии утвержденной в 2019 году Росстатом методике расчета показателя доли лиц, ведущих здоровый образ жизни, первым и обязательным критерием названо отсутствие курения [3].

Наши данные сопоставимы с данными полученными в 2020 году в ДВГМУ. Распространенность регулярного курения составила 13,1%, на эпизодическое курение (не каждый день) указали 12,4% респондентов [6]. По данным нашего исследования употребляют алкоголь 11,2% студентов (девушки 8,6%, а юноши 14,3%), 7,2 % признаются в том, что пробовали наркотики (3,3% девочки и 11,6% юноши). Считают себя здоровыми 77,4%, причём 21,4% указали на наличие хронического заболевания.

Начиная с шестидесятых годов прошлого столетия идет формирование концепции о ведущей роли образа жизни на здоровье населения. Выработано четкое определение факторов риска, поведенческих факторов [8]. От концепции факторов риска в восьмидесятих годах наука перешла к понятию самосохранительного поведения. Система его показателей,

комплекс влияющих на него факторов были изучены социологами РАН и МГУ [7]. Результатом самосохранительного поведения населения является тот или иной уровень состояния здоровья и продолжительности жизни. То, что поведение человека определяет его здоровье, не вызывает сомнений. Сложность состоит в убеждении следовать тем или иным рекомендациям врачей. Ведь до настоящего времени человек не нес никакой ответственности за причинённый своему здоровью вред. Хотя попытки внести на законодательном уровне ответственность за свое здоровье были предприняты при принятии Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Были впервые обозначены такие требования как: забота о своем здоровье, прохождение медицинских осмотров в случаях, предусмотренных в законе, соблюдение режима лечения и правил поведения пациента в медицинской организации [2]. По комментариям ведущих правоведов этот закон носит декларативный характер и не определяет юридической ответственности за его неисполнение [10]. Однако ряд исследователей считает, что, несмотря на объективные затруднения с непосредственным применением этой нормы, она используется как в законодательстве, так и при вынесении решений судами по ряду дел [9].

При планировании работы по гигиеническому воспитанию населения и формированию здорового образа жизни необходимо учесть тот факт, что, с марта 2020 года в поправке к Конституции РФ от 14 марта 2020 г. (№ 1-ФКЗ «О совершенствовании регулирования отдельных вопросов организации и функционирования публичной власти» п. «ж» ст. 72 Конституции РФ) появилось положение об ответственном отношении граждан к своему здоровью. В частности, «создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; социальная защита, включая социальное обеспечение» [1]. Мы наблюдаем процесс смещения фокуса ответственности от государства к самому человеку. То есть, ответственность за здоровье несут в полной мере как государство, так и граждане. Конечно, не следует толковать эту поправку, как желание государства уйти от ответственности за здоровье населения. Так же не следует понимать эти изменения в законе в сторону ущемления прав застрахованных по обеспечению должного объёма медицинской помощи. Однако эта мера внедряется в практику и область ее применения постепенно расширяется. Некоторые исследователи [9] считают, что эту меру можно применить, когда речь идет о непрохождении регулярного медицинского осмотра или отсутствие адекватной реакции на его результаты (сохранение прежней массы тела без объективных причин, курение, рискованное потребление алкоголя).

На вопрос закреплена ли ответственность за свое здоровье в Российской Федерации юридически, почти половина 47,7% студентов ответили отрицательно. Больше половины

(52%) не информированы о законодательных актах, которые закрепляют ответственность человека за свое здоровье (ФЗ №323 2011 «Об охране здоровья граждан», Поправки к конституции РФ). Будущим врачам необходимо строить свою просветительскую деятельность с учетом новых поправок в законодательстве, так как не знание закона, не освобождает от ответственности.

На вопрос о том, кто несет ответственность за здоровье, подавляющее большинство 75,8% ответило однозначно, что сам человек. 9,7% респондентов считают ответственными за здоровье органы здравоохранения и человека. 5,8% опрошенных считает, что ответственность равномерно делится между государством, органами здравоохранения и человеком.

Интерес представляло выяснение мнения студентов о том, какие меры будут способствовать формированию культуры здорового образа жизни. Однозначно, на первом месте создание условий для ведения ЗОЖ. На втором месте стимулирующие факторы и наконец, на третьем месте информация о факторах риска. Такие меры как штрафные санкции и взыскания традиционно не популярны.

Выводы: статистический анализ данных показал достоверные различия среди курящих (6,6% женщин и 14,9 % мужчин), и имевших опыт потребления наркотиков (3,3% женщин и 11,6% мужчин), по половой принадлежности. Критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 0,05.

По результатам опроса, можно сказать, студенты признают и готовы нести личную ответственность за собственное здоровье и выбор самосохранительного поведения, но в то же время считают, что государство и общество должно предоставить человеку возможность такого выбора. Правовые нормы, позволяющие формировать юридическую ответственность за здоровье, на данном этапе нуждаются в серьезных изменениях.

Список литературы:

1. Закон РФ о поправке к Конституции Российской Федерации от 14 марта 2020г. № 1-ФКЗ «О совершенствовании регулирования отдельных вопросов организации и функционирования публичной власти» п. «ж» ст. 72 Конституции РФ
2. ФЗ «Об охране здоровья населения» См.: СЗ РФ. 2011. № 48, ст. 6724; 2020. № 31 (ч. I), ст. 5062.
3. Приказ Минэкономразвития России от 29 марта 2019 года № 181 «Об утверждении методики расчета показателя «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни (процент)». <http://docs.cntd.ru/document/554093500>

4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году. / Государственный доклад. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека // М.: 2021., С. 15.
5. Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика / Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, под редакцией О.М. Драпкиной, О.О. Салагая. // М.: 2021., С. 12.
6. Гаврилов, Е.С. Курение в студенческой среде: распространенность, причины, мотивы отказа, возможности профилактики (на примере студентов ДВГМУ) / Е. С. Гаврилов. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2020. — № 26.1 (316.1). — С. 57-59. — URL: <https://moluch.ru/archive/316/72287/> (дата обращения: 13.05.2023).
7. Журавлева И.В., Шилова Л.С., Коган В.З. , Копина О.С. Отношение населения к здоровью.— М.: Институт социологии РАН, 1993. — 178с.
8. Никифоров Г.С., Дудченко З.Ф. Концепция здорового образа жизни: история становления // Уч. зап. СПбГИПСР. Т. 27. 2017. № 1. С. 99–106.
9. Салагай О.О., Сошкина К.В. Концепция личной ответственности за сохранение здоровья: правовой аспект // Журнал российского права. 2020. № 8. С. 94—104.
10. Салыгина Е.С. Юридическое сопровождение деятельности частной медицинской организации. М., 2013

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ОТРАВЛЕНИЯ ФЕНОЛОМ И ОТХОДАМИ НЕФТЕПЕРЕРАБОТКИ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. УФЫ

Л.А. Хусаинова – студентка 5 курса группы Л-503 В лечебного факультета,

А.Р. Халилова – студентка 4 курса Высшей школы живых систем

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

ФГАОУ во «БФУ им. И. Канта», Калининград, Россия

Научный руководитель – д.г.н., профессор С.И. Зотов

Актуальность: На берегах р. Шугуровка были обнаружены 32 свалки, в том числе и гигантская городская свалка, расположенная на склоне лощины, именно там, где на дневную поверхность выходят родники. Здесь расположено более 50 крупных и мелких предприятий Черниковки: п/о Химпром, УЗСС, производственное управление «Химзащита», Ново-Уфимский нефтеперерабатывающий завод, пропарочные станции «Бензин», «Черниковка-Восточная» и т. д. Стоки с этих предприятий через 21 сброс неочищенных вод попадают в Шугуровку. В связи с чем становится актуальным исследовать структуру заболеваемости на территориях, где данные водоисточники могут быть использованы населением.

Целью исследования являлось описание нынешней ситуации на территории реки

Шугуровка Уфимского района после фенольного отравления 1989-1990 гг., определение эффективности систем очистных сооружений и выявление корреляции между загрязнением воды и состоянием здоровья населения.

Материалы и методы: Для оценки степени влияния предприятий НПК на качественный состав водоисточников было исследовано санитарное состояние реки Шугуровки, залегающей в районе размещения производств отрасли и структура заболеваемости населения микрорайона Инорс, который омывается водами данной реки.

Результаты и обсуждение: Нужно учесть, что в 2013 году была внедрена технология мембранного биореактора (ZeeWeed MBR), реверсивного электродиализа (EDR), обратного осмоса (RO) и сорбции на активированных углях от компании GE Power & Water (США).

Таблица 1

Концентрация загрязняющих веществ в р. Шугуровка.

Год	Железо Fe, мг/л	Медь Cu, мг/л	Сульфаты (SO ₄ ²⁻), мг/л	Марганец Mn, мг/л	Цинк Zn, мг/л	Нефтепродукты, мг/л	Фенол, мг/л
2021	0,9	4,0	1000,0	0,3	5,0	0,3	0,001
2019	0,9	3,0	1000,0	2,0	10,0	0,6	0,002
2017	0,9	2,0	1000,0	1,6	5,0	0,9	0,004
2015	0,3	3,0	1500,0	1,4	10,0	2,1	0,002
2013	0,3	4,0	1500,0	1,3	5,0	1,5	0,002
2011	0,9	6,0	3500,0	1,2	5,0	1,5	0,006

По данным исследований 2011-2021 гг. мы выявили, что такие показатели как цинк, марганец, сульфаты, концентрация нефтепродуктов, а также фенолы находятся на своем историческом минимуме, однако некоторые из показателей все еще превышают ПДК (марганец, сульфаты). Притом показатели железа превышают ПДК в 3 раза (0,9 мг/л), а их последнее снижение до уровня ПДК было замечено только в 2013-2015 годах (0,3). Концентрация меди имела минимальное значение в 2017 году (2,0 мг/л при ПДК 1,0), а на 2021 год имеет тенденцию к росту и превышает ПДК уже в 4 раза. Концентрация нефтепродуктов находится на строго уровне ПДК на 2021 год и пока держит тенденцию на снижение после своего максимума в 2015 году с превышением нормы в 7 раз. Показатели фенола имеют волнообразный характер. За период 2011-2021 его максимум был зафиксирован в 2011 году с превышением ПДК (0,001мг/л) в 6 раз, на 2021 год имеет свой минимум в 0,001 мг/л.

В Республике Башкортостан до 61% сбрасываемых загрязненных сточных вод приходится на энергетику, нефтехимию и химию. Химическая промышленность забирает

воду в количестве 16,63% от общего объема по республике. Именно химическая промышленность является основным загрязнителем водоемов (более 81%). Сбросы сточных вод составили 21,26 % от общего объема по республике, из них загрязненные воды - 24,90 % от общего объема, нормативно чистые (без очистки) - 37,06 млн м³. ОА «БСК» является основным загрязняющим объектом в Республике Башкортостан.

Таблица 2

Структура заболеваемости Уфимского района за 2011-2021 года

Район	Структура заболеваемости	Количество случаев (на 100 тыс. человек) за 2011-2021	
		Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость
Уфимский район	Заболевания нервной системы	639	232
	Заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки	326	571
	Заболевания ЖКТ	1017	663
	Заболевания мочеполовой системы	790	837
	Заболевания эндокринной системы	418	201
	Заболевания глаза	558	423
	Заболевания слуха	231	391
	Заболевания дыхательной системы	1379	2987
	Заболевания системы кровообращения	2097	763
	Врожденные аномалия	19	8
	Заболевания крови и кроветворных органов	98	51
	Злокачественные новообразования	331	220
	Женское бесплодие	81	48
	Инфекционные и паразитарные заболевания	227	281

Таблица 3

Структура заболеваемости микрорайона Инорс за 2011-2021 года

Район	Структура заболеваемости	Количество случаев (на 100 тыс. человек) за 2011-2021	
		Общая заболеваемость	Кратность превышения регионального уровня заболеваемости
Микрорайон ИНОРС	Заболевания нервной системы	919	1,4
	Заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки	620	1,9
	Заболевания ЖКТ	1561	1,5
	Заболевания мочеполовой системы	523	0,7
	Заболевания эндокринной системы	421	1,0
	Заболевания глаза	520	0,9
	Заболевания слуха	199	0,8
	Заболевания дыхательной системы	2317	1,7
	Заболевания системы кровообращения	2182	1,04
	Врожденные аномалия	34	2
	Заболевания крови и кроветворных органов	213	2,3
	Злокачественные новообразования	463,4	1,4
	Женское бесплодие	121	1,5
	Инфекционные и паразитарные заболевания	340	1,6

Проанализировав статистические данные о структуре заболеваемости в микрорайоне Инорс, мы выяснили, что в среднем за 10 лет (с 2011 по 2021 год) общая заболеваемость населения микрорайона заболеваниями крови, органов пищеварения (последствия отравления железом, медью, сульфатами, цинком), дыхательная система (длительное воздействие фенола), нервная система (токсическое действие марганца и фенола), кожа и подкожная клетчатка, а также женское бесплодие, паразитарные заболевания и врожденные аномалии превышают региональный уровень заболеваемости, но частота заболеваний мочеполовой системы, эндокринной системы, глаз и ушей находится на сопоставимом или

более низком уровне по сравнению с Уфимским регионом в целом. Кроме того, стоит отметить высокий уровень случаев злокачественной онкологии (за период 2011-2021 годов заболеваемость злокачественными новообразованиями в 1,4 раза выше, чем в Уфимском регионе), этот факт можно объяснить постоянно высоким уровнем нефтепродуктов.

Заключение и выводы: за последние 10 лет уровни заболеваемости населения хроническими заболеваниями и онкологией были высокими, что можно объяснить постоянно увеличивающимся производством загрязняющих веществ в водных объектах. Очистные системы на данных участках не в полной мере выполняют очистку сточных вод. Требуют постоянного мониторинга и поддержания в рабочем состоянии.

ВЕГЕТАРИАНСТВО ЗА/ПРОТИВ

**А.А. Алиева - студентка 109 гр. педиатрического факультета
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия**

Научный руководитель - к.б.н., доцент С.А. Трунова

Актуальность. Одна из причин, по которой я считаю, что моя тема актуальна-систематика, которая свидетельствует, что на сегодняшний день около 800млн жителей планеты сознательно отказались от употребления в пищу мяса. Люди по разным причинам переходят на вегетарианство, но не каждый знает вред и пользу данного способа питания.

Веганство - это более жесткая ветвь вегетарианства, которая запрещает употребление любой пищи животного происхождения. Также нельзя есть продукты, в производстве которых применялись животные компоненты. Это направление появилось только в 20 веке и на данный момент считается очень модным. Среди плюсов веганства: Пища веганов отличается натуральным происхождением. В ней нет ГМО- компонентов, а также различных добавок, которые значительно сокращают жизнь человека. Все приверженцы данного образа питания строго следят за сбалансированностью рациона, чтобы не навредить здоровью. В итоге, внимания к своему организму больше, что положительно сказывается на полноценной жизни. Организм избавляется от шлаков и токсинов, приобретает легкость, повышается настроение.

Цель исследования: выяснить, полезно ли вегетарианство и как оно влияет на организм человека.

Задачи: узнать мнение студентов ДГМУ о вегетарианстве, статистику вегетарианцев среди студентов ДГМУ и по какой причине они перешли на такой рацион питания.

Материалы и методы исследования. Нами проведен опрос среди студентов ДГМУ 1-3 курсов общей численностью 210 человек (от 18 до 22 лет)

Первый опрос проводился среди всех участников для определения их общего понятия

о вегетарианстве.



Второй опрос проводился среди студентов-вегетарианцев, чтобы понять по каким причинам они отказались от пищи мясного происхождения и какие изменения они прочувствовали после этого.

Нами также было проведено интервью со студенткой педиатрического факультета, которая в личных интересах решила год продержаться вегетарианской диеты

Результаты исследования.

Опрос №1

Вы знаете, что такое вегетарианство?

Да-99%

Нет-1%

Как вы относитесь к вегетарианству?

Положительно -58.6%

Отрицательно -41.4%

Можно ли полноценно заменить мясной рацион?

Да -46.4%

Нет -53.6%

В ходе исследования оказалось, что 15.2% (n=32) среди студентов -вегетарианцы, 2.8%(n=6)-веганы (в основном это были девушки)

Опрос №2

Почему вы отказались от пищи мясного происхождения?

58%- студентов желают сохранить и укрепить здоровье

22%- этика. Отказ от животных продуктов от нежелания причинять вред животным существам

10%-студент считает, что разведении животных отрицательно влиянии на экологию

планеты

10%-остальные.

Что вы обрели после перехода на вегетарианство?

- «характер изменился в лучшую сторону, мышление поменялось, мир стал красочнее, больше позитива»

- «с желудком больше не мучаюсь. Это огромный плюс для меня.»

-«в животе больше нет чувства тяжести.»

-«я стал реже болеть простудой»

-«улучшилось состояние кожи»

-«я сразу же заметила, что чувство усталости приходит не так быстро, как раньше»

Интервью

«Я резко перешла на овощи и фрукты, полностью перестала есть мясо, одним словом стала вегетарианкой, год сидела на такой пище, кроме анемии ничего хорошего не получила! Ели выходила на улицу, постоянная слабость и сонливость, короче поняла, что это не для меня. Сейчас питаюсь как раньше и чувствую себя отлично».

Выводы.

В заключении нашей проектной деятельности, мы хотели бы подвести несколько итогов

Во-первых, мы выяснили из-за чего люди придерживаются вегетарианской диеты. В основном причина в здоровом образе жизни

Во-вторых, сделали вывод, что безусловно, нам полезно больше употреблять овощей, фруктов и не увлекаться чрезмерно мясными блюдами. Каждый человек сам выбирает для себя рацион питания, главное, чтобы был соблюден баланс.

Источники.

<https://ru.wikipedia.org/wiki/Веганство>

<https://www.oum.ru/yoga/pravilnoe-pitanie/veganstvo-i-vegetarianstvo-v-chem-raznitsa/>

https://fitaudit.ru/categories/met/vitamin_c

<https://rsport.ria.ru/20200930/myaso->

[1578025290.html#:~:text=Полный%20отказ%20от%20мяса%20чреват,станут%20ломкими%20С%20а%20кожа%20сухой](https://rsport.ria.ru/20200930/myaso-1578025290.html#:~:text=Полный%20отказ%20от%20мяса%20чреват,станут%20ломкими%20С%20а%20кожа%20сухой)

**РОЛЬ ПЕРФУЗИИ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ, РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ИНСУЛИНУ,
КОНЦЕНТРАЦИИ ПОСТУПЛЕНИЯ ПИЩЕВОГО НАТРИЯ НА ФУНКЦИЮ
СЕРДЦА ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ВЕСЕ**

М.Р. Савченко, А.Х. Исламгулов, И.С. Санников, Д.Д. Муминов, Э.В. Ризванова –
студенты

педиатрического факультета

Кафедра судебной медицины

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель - ассистент кафедры К.О. Кузнецов

Актуальность. Избыточный вес и резистентность к инсулину предрасполагают к сердечной недостаточности (СН). Высокое потребление натрия может способствовать развитию СН у инсулинорезистентных лиц.

Цель исследования: исследовать связь снижения содержания натрия в пище с перфузией мышц, чувствительностью к инсулину и функцией сердца у пациентов с избыточным весом / ожирением, резистентных к инсулину (ИР).

Материалы и методы. Проведено исследование на 50 пожилых пациентах, превышающих рекомендуемое потребления натрия. Данная группа пациентов была разделена на группы, находившуюся на диете с пониженным содержанием натрия и группу без повышенного содержания натрия.

Диету с пониженным содержанием натрия соблюдали в течение 8 недель. Контрольной группой служило 25 лиц, чьи индексы массы тела не превышали 24,9. Эхокардиографию и перфузию мышц проводили натошак и в условиях стабильной нормогликемии.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с ИР наблюдалась субклиническая сердечная дисфункция, о чем свидетельствовали снижение продольной деформации левого желудочка, деформация левого предсердия и снижение мышечной перфузии.

Группа, соблюдавшая диету с пониженным содержанием натрия, продемонстрировала улучшение резистентности к инсулину и мышечной перфузии в условиях голодания. Была обнаружена взаимосвязь между переходом на диету с низким содержанием соли и улучшением перфузии мышц ($P = 0,030$), а также между улучшением перфузии мышц и изменением скорости инфузии глюкозы.

Медиационный анализ показал, что взаимосвязь между снижением потребления натрия и нормализацией деформации левого желудочка была опосредована повышенной мышечной перфузией.

Вывод. Снижение концентрации натрия, поступающего с пищей у нормотензивных пациентов с ИР, улучшает функцию сердца, что может быть связано с сопутствующими улучшениями перфузии скелетных мышц и резистентности к инсулину. Эти результаты могут способствовать совершенствованию стратегий профилактики сердечной

недостаточности.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ РАССТРОЙСТВА СНА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИИ

А.С. Баданова – студентка 317 гр. лечебного факультета, Ю.Л. Очинова – студентка 315 гр.

лечебного факультета
Кафедра общей гигиены

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск, Россия

Научный руководитель -к.м.н., доцент Р.С. Мануева

Актуальность. Расстройства сна - распространенная проблема среди медицинских работников, особенно тех, кто работает посменно. Достаточный сон необходим людям для поддержания здорового образа жизни, но для медицинских работников, которые работают сверхурочно, в ночные смены или поочередно, получение достаточного количества сна может быть сложной задачей. По данным ВОЗ нарушениями сна страдает до 15% населения Земного шара и кодируется в МКБ-11 под классом 07. Изменение циркадного ритма может привести к нарушению сна и бодрствования, что может повлиять на качество сна. Последствия расстройств сна могут привести к тому, что они могут испытывать усталость, снижение работоспособности, нарушения памяти и снижение внимания. Это может приводить к ошибкам в работе, а также увеличить риск несчастных случаев на рабочем месте.

Цель исследования. Оценить распространенность и степень выраженности расстройств сна у медицинских работников.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер» в период с февраля по март 2023 года с использованием Питтсбургского опросника на определение индекса качества сна (ПИКС). ПИКС— это анкета для самооценки, которая измеряет качество сна и нарушения в течение месячного периода. Анкета состоит из 19 пунктов, которые формируют оценки по семи компонентам, включая субъективное качество, задержка сна, продолжительность, эффективность обычного сна (процент времени, проведенного в постели во время сна), нарушения сна, использование снотворных препаратов и дневную дисфункцию. Оценка каждого компонента рассчитывается индивидуально, и сумма этих баллов формирует общий балл ПИКС в диапазоне от 0 до 21, причем более высокие баллы указывают на ухудшение качества сна. В ходе исследования было проведено анкетирование 105 медицинских работников (в возрасте от 25 до 65), из которых 76 составляли женщины и 29 мужчины со

стажем работы от 1 года до 40 лет. Статистическую обработку материалов исследования проводили с помощью Microsoft Office Excel.

Результаты исследования. Анализ результатов изучения распространенности и степени выраженности расстройств сна показал, что 32,3% медицинских работников отметили наличие нарушений сна, при среднем показателе ПИКС $5,6 \pm 2,9$. Распространенность нарушений сна высокая: 72% участников сообщили о трудностях с засыпанием, 20% сообщили о частых пробуждениях во время сна.



Рисунок 1. Компонент ПИКС «Субъективное качество сна».

По компоненту «Субъективное ощущение сна» у 13 % медицинских работников был определено очень хорошее качество сна, у 78% медицинских работников довольно хорошее качество сна, у 7% довольное плохое качество сна и у 2% очень плохое. Субъективное ощущение сна определяет восприятие индивидом качества и количества своего сна. Это относится к их субъективной оценке общего впечатления от сна, включая легкость засыпания, глубину и продолжительность сна, а также качество пробуждения. В Питтсбургском опроснике субъективное ощущение сна оценивается посредством самооценки ответов на ряд вопросов, причем более высокие оценки указывают на более низкое качество сна.

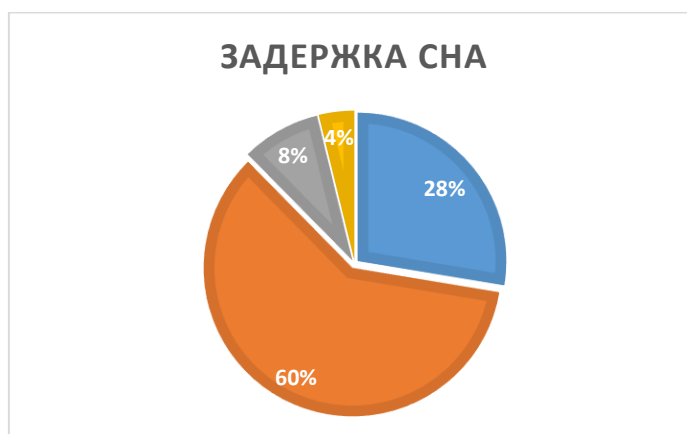


Рисунок 2. Компонент ПИКС «Задержка сна».

По компоненту «Задержка сна» 28% медицинских работников имеют низкий уровень, у 60% средний уровень, у 8% высокий уровень и у 4% очень высокий уровень. Задержка сна отражает количество времени, необходимое для перехода от полного бодрствования к наступлению сна. Более короткая задержка сна указывает на более быстрый переход ко сну, в то время как более длительная задержка сна указывает на трудности с засыпанием, что может привести к фрагментации сна и снижению его качества.

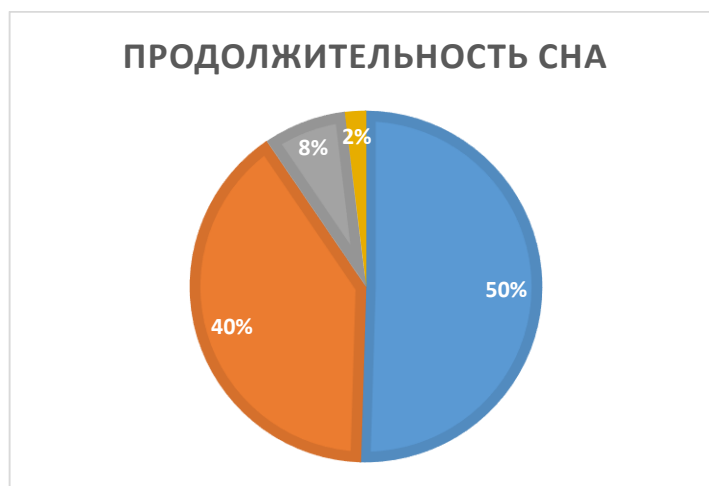


Рисунок 3. Компонент ПИКС «Продолжительность сна».

Продолжительность сна» у 50% медицинских работников продолжительность сна составляет больше 7 часов, у 40% 6-7 часов, у 8% 5-6 часов и у 2% продолжительность сна меньше 5 часов. Продолжительность сна относится к общему количеству времени, проведенным во сне каждую ночь, включая как количество времени, проведенного в постели, так и количество времени, потраченного на фактический сон. Более короткая продолжительность сна может указывать на потерю сна, что может привести к нарушению дневной функции и повышенному риску определенных проблем со здоровьем.

Выводы. Согласно полученным результатам у 32,3% медицинских работников Республики Бурятия присутствует нарушение качества сна, которое может неблагоприятно оказывать воздействие на их здоровье, включая дневную сонливость, усталость, плохую концентрацию внимания, снижение производительности труда и нарушение безопасности пациентов. Полученные результаты подчеркивают необходимость повышения осведомленности медицинских работников о нарушениях сна и управления ими для повышения их работоспособности, качества жизни и результатов ухода за пациентами. Скрининг на нарушения сна с использованием ПИКС позволяет выявить медицинских работников, которые нуждаются в дальнейшей оценке и лечении.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕПЛОЭЛЕКТРОЦЕНТРАЛИ-10 НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ

Н.В. Боровикова, П.А. Швецова - студенты

Кафедра общей гигиены

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Р.С. Мануева

Актуальность. Существует неразрывная взаимосвязь и взаимозависимость условий обеспечения теплоснабжения и загрязнения окружающей среды. Длительное время локальные загрязнения атмосферы сравнительно быстро разбавлялись массами чистого воздуха. Основными загрязнителями атмосферного воздуха являются промышленные предприятия, сжигающие твердые и жидкие топлива.

На предприятиях применяются мероприятия для снижения концентрации выбросов вредных веществ. Но на данном этапе развития и роста промышленных технологий можно говорить о несовершенстве данных приемов борьбы.

В условиях роста энергопотребления необходимо уделять особое внимание решению задачи охраны окружающей среды с тем, чтобы не только обеспечить экологическую безопасность существующих энергопредприятий, но и создать условия для наращивания их мощностей.

Ведущая роль в формировании риска заболеваемости и смертности, в том числе от злокачественных новообразований, индуцированного загрязнением не только почвы, но и атмосферного воздуха, принадлежит выбросам ТЭЦ-10. [2,4]

Цель исследования. Оценить степень влияния теплоэлектроцентрали на окружающую среду, а также изучить состав загрязняющих веществ, содержащихся в почве.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период 2021-2022 года в городе Ангарск. С целью исследования влияния загрязнителей на состав почвы образцы почвы были отобраны в следующих местах: рядом с химическим предприятием (проба №1), около автомобильной трассы (проба №2) и в лесном массиве (проба №3).

Анализ проб проводился в лаборатории на базе Ангарского Государственного Технического Университета. Для исследования образцов приготавливали почвенные вытяжки[5], в которых определяли содержание сульфатов и хлоридов. Для исследования нитратов в почве нами был выбран метод с использованием 1% раствора дифениламина в концентрированной серной кислоте. В работе использовали нормативные документы – СанПин 1.2.3685-21. Статистическую обработку и анализ полученных данных проводили с использованием программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждения. Нормативные значения: 1. ПДК сульфат иона в почве с

учетом фона 1,6 мг на 100 г; 2. ПДК хлор иона в почве с учетом фона 3,6 мг/100 г. Определение сульфатов в почвенных вытяжках показало, что в первой пробе выше ПДК – 2,4 мг на 100 г, во второй пробе – 1,8 мг/100 г, в третьей пробе 1,5 мг/ 100г. Определение хлоридов в почвенных вытяжках показало, что в первой пробе выше ПДК – 4,6 мг/100г, во второй пробе 3,9 мг/ 100г, в третьей пробе – 3,6 мг/100г. 3. Определение нитратов в почве показало, что в первой пробе произошло окрашивание, что говорит о том, что там большое содержание данного соединения и почва засоленная. В изучение второй и третьей пробы не выявлено повышение допустимых значений нитратов. Это значит, что, примерно, с 1,6 км от ТЭЦ содержание нитратов в почве не превысило ПДК.

Отсюда можно сделать выводы о том, что вблизи ТЭЦ-10 почва засолена хлоридами, которые являются одним из ведущих загрязнителей почвы. Помимо того, что они присутствуют в почве благодаря минеральным породам, что уже говорит о легкой степени засоления ее, так еще этому способствует хлориды извне, например, выделение их ТЭЦ. Как известно в засоленной почве ухудшается действие различных удобрений, соответственно и растения на ней растут плохо. Именно поэтому следует тщательно изучать состав почвы и следить, чтоб количество хлоридов не превышало допустимые значения. Также сульфаты являются важным компонентом загрязнения почвы, а если быть точнее, то ее засоления. Хотя и существуют полезные соединения сульфатов, однако если они будут превышать допустимые пороговые значения, то также станут губительны. Основное влияние они оказывают на плодородные функции почвы, в следствие чего, любая растительность будет с трудом расти на ней.

При повышенном содержании нитратов в почве качество выращиваемой продукции станет хуже, поскольку они являются типичными загрязнителями почвы, которые говорят о ее засолении. Это в первую очередь влияет на плодородие почвы, помимо этого при больших концентрациях данных веществ ухудшаются физические свойства почвы, изменится состав макро- и микроэлементов почвы.[1] Это повлияет негативно не только на экологию, но и на состояния здоровья человека. Нитраты, накапливаясь в овощах, способствуют развитию патогенной кишечной микрофлоры и выделению токсинов, которые затем приводят к интоксикации. [3]

Чем дальше от ТЭЦ-10, тем загрязнение почвы ее выбросами значительно ниже. На расстоянии 1,6 км от нее почва слабозасоленная, а на расстоянии 5,5 км в почве не обнаружено превышение ПДК, отсюда следует, что вредного влияние от ТЭЦ-10 уже не наблюдается.

Выводы. На основе той информации, что представлена выше, можно сделать вывод, что ТЭЦ пагубно влияет на окружающую среду и людей.

Однако, на данный момент мы не можем полностью отказаться от их использования, так как не изобретены устройства, которые будут их заменять. Но мы можем снизить уровень опасности от ТЭЦ, если будем соблюдать меры профилактики. Чтобы снизить негативное воздействие от деятельности ТЭЦ, нужно соблюдать меры по защите экологии, а также разработать и внедрить новые проекты для предприятия такие, как:

Снижение выбросов твёрдых частиц с продуктами сгорания ведётся с помощью следующих способов: использование золоуловителей (инерционные или мокрые), тканевых и электрофильтров.

Снижение загрязняющих выбросов ТЭЦ: создание специализированных систем по обезвреживанию и удалению радиоактивных отходов (коагуляция, выпарка, сорбция на ионообменных смолах).

Одним из способов снижения вредных воздействий энергоустановки на окружающую среду является совершенствование её тепловых схем, развитие теплофикации (одновременная выработка тепла и энергии), укрупнение установок теплоэнергетики.

Список использованной литературы:

1. Голицын А.Н. Промышленная экология и мониторинг загрязнения природной среды//Оникс.2007. №1. С.267.
2. Домуладжанов И. Х., Дехканова Н. Н., Жамолитдинова Н.Б. Воздействие загрязнения атмосферы на здоровье // Universum: химия и биология. 2022. №6. 1.С. 96.
3. Мотузава Г.В., Безугова О.С. Экологический мониторинг почв// Гаудеамус. 2007. №1. С.108.
4. Петров С.Б. Эколого-эпидемиологическая оценка заболеваемости населения болезнями системы кровообращения и органов дыхания в зоне влияния атмосферных выбросов многоотопливной теплоэлектроцентрали // Экология человека. 2018. Т. 25. №6. С. 18-24
5. Федорова А.И., Никольская А.Н. Практикум по экологии и охране окружающей среды //Владос. 2001. №1.С.23.

БЛИЗОРУКОСТЬ, ПРИЧИНЫ, ПРОФИЛАКТИКА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КУБГМУ

Е. В. Черняева - студентка

Кафедра гигиены с экологией

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Научный руководитель - профессор РАЕ, к.м н., доц. С.С. Колычева

Актуальность. Близорукость (миопия), будучи дискуссионной во многих

отношениях клинической рефракцией глаза, всегда привлекала к себе пристальное внимание как исследователей различных поколений, так и общества в целом. Это понятно, так как массив близоруких в каждой популяции россиян колеблется в пределах 20-25%, а среди школьников и студентов может достигать и существенно больших цифр до - 50%.

Термин «миопия» в прямом смысле означает лишь то, что главный фокус оптической системы глаза конкретного индивидуума находится в покое аккомодации не на сетчатке, а перед ней на том или ином удалении. Высокая осложненная близорукость - наиболее частая причина инвалидности, поэтому необходимо проводить активные широкие мероприятия по предупреждению близорукости и её осложнений.

Среди механизмов и причин развития близорукости выделяют четыре основных звена: 1. зрительная работа на близком расстоянии при ослабленной аккомодации; 2. наследственная обусловленность; 3. ослабленная склера; 4. дефицит кровоснабжения глазного яблока, причиной которого является вертебробазилярная недостаточность.

Также среди причин развития близорукости выделяют неправильное питание, нарушение опорно-двигательной системы, неблагоприятные условия зрительной работы (в частности, чрезмерная нагрузка на глаза, перенапряжение глаз; чтение в движущемся транспорте, в темноте, в лежачем положении; многочасовое сидение за компьютером, телевизором, смартфонами и гаджетами; недостаточное освещение; неправильная посадка во время чтения, письма).

Цель: изучить причины развития близорукости, обратить внимание студентов на возможность развития миопии или усугубления имеющегося заболевания, предложить профилактические мероприятия против развития близорукости, проанализировать частоту встречаемости близорукости среди студентов КубГМУ.

Материалы и методы исследования: методом послужило анонимное анкетирование 212 студентов в возрасте 17-27 лет лечебного, педиатрического, фармацевтического и стоматологического факультетов. Материалом послужили данные, полученные в ходе анкетирования.

Результаты исследования. В анкетировании приняли участие 212 студентов, 84% девушек и 16% юношей. В ходе опроса были выявлены следующие результаты: близорукость имеют 64% студентов, среди которых 48% имеют наследственную предрасположенность; по степени близорукости слабую имеют 43% студентов, среднюю - 17%, высокую - 4%. Недостаточность витамина А и D имеют 58% опрошенных; заболевания опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 64%; читают в транспорте и лежачем положении 37% и 47% соответственно. За компьютером, смартфонами и гаджетами более 2 часов проводят 36% анкетированных, за просмотром телевизора более 3 часов - 24%

опрошенных; неправильную посадку во время чтения, письма имеют 71% студентов.

Профилактика включает комплекс оздоровительных мер медицинского и педагогического характера: общее укрепление и физическое развитие организма (утренняя зарядка, закаливание и т. д.) (наблюдается у 20,3 % студентов); повышение двигательной активности, занятие спортом (у 32,5 % опрошенных); рациональное и сбалансированное питание (у 42,9 % анкетированных); предупреждение и лечение общих хронических заболеваний (у 60,4 % студентов); соблюдение оптимального расстояния от глаз до книги (компьютера) (у 30,7 % анкетированных); проведение специальной гимнастики для глаз (у 6,6 % опрошенных); соблюдение перерывов в зрительной работе (у 19,8 % студентов); ежегодный осмотр офтальмолога (у 54,2 % анкетированных).

Выводы: среди всех видов заболеваемости студентов особое место занимает нарушение зрения. Известно, что офтальмологическая близорукость занимает ведущее место по инвалидности и является социально значимой проблемой. Зрение - самый мощный источник информации о внешнем мире. 85-90% информации поступает в мозг через зрительный анализатор, и частичное или глубокое нарушение его функции вызывает ряд осложнений в физическом и даже психологическом состоянии студентов.

ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ И ФУНКЦИИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ ВО ВРЕМЯ 12-НЕДЕЛЬНОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ЦЕЛЬНОЗЕРНОВОЙ И РАФИНИРОВАННОЙ ПШЕНИЦЕЙ

Д.Р. Хабириянова, А.Х. Исламгулов, М.Р. Ханова, А.А. Маквещян, Л.Д. Поленок – студенты

педиатрического факультета

Кафедра судебной медицины

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель - ассистент кафедры К.О. Кузнецов

Актуальность. Продукты из цельнозерновой пшеницы (ЦЗП) пропагандируются как полезный выбор по сравнению с рафинированной пшеницей (РП).

Одним из предполагаемых механизмов пользы для здоровья заключается в микробиоте, поскольку цельнозерновая пшеница содержит большее количество клетчатки. Было предположено, что потребление ЦЗП способствует улучшению состояния при неалкогольной жировой болезни печени, поскольку микробиота играет определенную роль во многих специфических реакциях в организме человека.

Цель исследования: оценить влияние цельнозерновой и рафинированной пшеницы на функциональное состояние фекальной микробиоты и сопоставить изменения в бактериальном составе.

Материалы и методы. Проведено рандомизированное исследование продолжительностью 12 недель с изучением потребления ЦЗП 98 г/сут и РП 98 г/сут. Изменения в составе микробиоты оценивались с помощью секвенирования гена 16S рибосомальной РНК.

Результаты были проанализированы после 12-недельного курса с помощью непараметрических тестов и корреляции с содержанием жира в печени и концентрациями циркулирующих ферментов печени, включающих аланинтрансферазу, аспартаттрансферазу, γ -глутамилтрансферазу и сывороточный амилоид А.

Результаты и их обсуждение. Применение цельнозерновой пшеницы увеличило среднее ($\pm$ SD) относительное содержание бактерий семейства Ruminococcaceae UCG-014 (исходное значение: $2,2 \pm 4,6\%$, дифференциальное изменение с течением времени (Δ) $0,51 \pm 4,2\%$). Ruminiclostridium 9 (исходное значение: $0,065 \pm 0,11\%$, Δ $0,054 \pm 0,14\%$) и Ruminococcaceae NK4A214 (исходный уровень: $0,37 \pm 0,56\%$, Δ $0,17 \pm 0,83\%$), а также прогнозируемый путь ферментации ацетил-КоА до бутирата II (исходный уровень: $0,23 \pm 0,062\%$, Δ $0,035 \pm 0,059\%$) по сравнению с применением рафинированной пшеницы ($P < 0,05$).

Изменение в группе Ruminococcaceae NK4A214 коррелировано с изменением содержания жира в печени, как в группе ЦЗП ($\rho = 0,54$; $P = 0,026$), так и в группе РП ($\rho = 0,67$; $P = 0,024$).

Вывод. У пациентов с избыточным весом 12-недельное применение цельнозерновой пшеницы увеличило относительную численность ряда бактериальных таксонов семейства Ruminococcaceae и улучшило прогнозируемые пути ферментации по сравнению с применением рафинированной пшеницы. Потенциальные эффекты замены ЦЗП на РП, обусловленные модуляцией микробиоты и влиянием на метаболические процессы требуют дальнейшего изучения.

ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, РЕЖИМА СНА И УРОВНЯ СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ

Х. А. Мугутдинова – студентка 3 курса 15 группы лечебного факультета

М.Г. Расулова – студентка 3 курса 15 группы лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители – к.м.н., ассистент кафедры К.А. Бийболатова - ассистент

кафедры факультетской терапии К.А. Магомедова

Актуальность. В современной медицине лечение пациента осуществляется по принципу биопсихосоциального подхода, то есть учитываются не только соматические

проявления болезни, но и психологические факторы (высокий уровень стресса, неблагоприятный эмоциональный фон), вследствие чего возникают нарушения аффективной сферы, режима сна, истощение резервов саморегуляции. Эти факторы могут стать серьезным препятствием в выздоровлении пациента. Повышенная мобилизация внутренних ресурсов в стрессовых ситуациях, их перенапряжение могут приводить к сбоям в процессах психологической адаптации и, как следствие, нарушениям психического и соматического здоровья. В литературе активно обсуждаются понятия стрессодоступности и стрессоустойчивости, так как они во многом и определяют, возникнет ли у человека дистресс в ответ на определенное событие. Возможность влияния на исходы лечения указывает на важность повышенного внимания к психологическому состоянию пациентов и дальнейшим действиям по профилактике неблагоприятного исхода лечения.

Цель исследования: изучение влияния специфики заболевания на психоэмоциональное состояние, сон и общую стрессовую активность пациентов различных отделений.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 164 пациента, находившихся в стационаре с различным профилем заболевания и различной степени тяжести и 15 здоровых человек, составляющих контрольную группу. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической больницы им. Вишневого г. Махачкала и ГБУ РД Городской клинической больницы №1 г. Махачкала за период с сентября по март 2023г. Участники исследования были выбраны из отделений как хирургического, так и терапевтического профиля (таблица №1), случайной выборкой, в основном средней и легкой степени тяжести заболевания, для которых не составило труда пройти опрос. Каждое отделение было представлено в среднем от 10 до 15 человек, в группе соотношение мужчин и женщин было практически одинаковым, кроме отделения урологии, где в подавляющем большинстве были мужчины.

В ходе исследования нами были составлены опросники, часть вопросов которых основывались на Бостонском тесте на стрессоустойчивость (Анализ стиля жизни), Шкале страха смерти Д. Темплера и Комплексном тесте на выявление расстройств сна, а также были составлены собственные вопросы. По опроснику были проанализированы анкеты 91 мужчины (50,8%) и 88 женщин (49,2%). Возрастная группа включала в себя больных от 18 до 80 лет. Опросник состоял из 20 вопросов, благодаря которым мы могли выяснить общую эмоциональную стабильность в данный момент и настроение на будущее, а также качество сна и эмоциональную напряженность.

Результаты исследования. В таблице нами представлены данные по исследовательским критериям всех отделений, где суммарное значение общего состояния

пациентов складывалось из всех вопросов опросника. Максимальная величина, отображающая наихудшее состояние по всем аспектам и составляет 57 баллов. Далее, шло более детальное распределение по отдельным критериям: стресс (максимальная сумма 16 баллов), сон (максимальная сумма 14 баллов), психоэмоциональное состояние (максимальная сумма 27 баллов). Эти значения соответствуют наиболее худшему сценарию событий. Как видно из таблицы, по возрасту наиболее взрослый контингент лиц в отделении неврологии (ОНМК), кардиологии и онкохирургии. Самые «молодые» отделения – аллергология, ЛОР, пульмонология, нейроинфекция.

Таблица. Эмоциональное состояние пациентов.

Отделение	Возраст	Общее состояние (суммарное значение)	Качество сна	Психо-эмоциональное состояние	Уровень стресса
Нефрология	44,8 ±13,8	21,3±6,1	6,3±2,2	7,3±3,3	6,8±2,6
Эндокринология	41,3 ±14,1	17, 7±3,4	3,7±1,1	7,4±2	5,9±2,6
Пульмонология	39,8±13,2	23,6±5,6	6±1,9	9,25±2,9	7,3±2,6
Кардиология	54,7±19,1	18,4±4,9	4,1±2,3	7,7±2,6	5,1±2,5
Аллергология	37,2±9,7	16,4±5,9	4,8±2	5,54±2,1	5±2,6
Общая терапия и артрология	48,3±20,6	18,6±7,3	4,9±2	5,9±3,5	6,8±2,9
ЛОР	39,6±16,3	18,1±6,5	4,8±2,3	5,6±2,8	6,7±3
ОНМК невролог.	59,1±12,3	22,3±5,6	5,6±2	7,3±2,9	7,7±2,2
Общая хирургия	51,9±13,4	24,9±5,2	6,5±2,3	8,8±2,4	7,9±1,8
Урология	45,7±12,9	12,8±4,3	4,2±1,9	3,6±1,7	4,1±1,8
Онкохирургия	52±14,3	26,1±6,6	6,6±2,2	9,1±3,2	8,9±2,6
Неврология	41±15,4	16,7±6,3	3,5±2,9	4,8±1,9	7,1±3,6
Контроль. группа	44,6±18	15,1±6,4	3,9±2,2	2,9±2,4	7,1±2,8

При анализе общего состояния пациентов четко вырисовывается следующая картина: по показателям стресса хуже всех положение обстоит в онкохирургии, далее - общая хирургия и пульмонология. Нефрология и ОНМК также относятся к группе повышенного стресса. Наиболее позитивным по общему состоянию пациентов (даже лучше контрольной группы) является отделение урологии.

По качеству сна лидирует онкохирургия (худшие показатели) и общая хирургия. К ним примыкает нефрология и пульмонология. Проблемы со сном практически отсутствуют в отделениях неврологии, эндокринологии. Кардиология и урология также не испытывают выраженных проблем со сном. Учитывая, что в отделении неврологии режим сна даже лучше, чем у контрольной группы, можно предположить, что такой результат объясняется приемом определенных препаратов.

Психоэмоциональное состояние, как закономерность, в худшем варианте представлено в отделениях онкохирургии и общей хирургии, а так же высокие показатели в

пульмонологии. Если говорить о других терапевтических отделениях, то после пульмонологии наихудшие показатели психоэмоционального статуса наблюдаются в отделениях нефрологии, эндокринологии, кардиологии, ОНМК. Повышенная тревожность, страх и другие расстройства аффективной сферы в отделении пульмонологии (даже выше, чем в отделении онкохирургии), можно предположительно связать с недавней пандемией COVID-19. Самый низкий уровень психоэмоционального напряжения наблюдается в отделении урологии.

Анализируя стрессовую активность, наиболее высокий уровень наблюдается в отделении онкохирургии. К нему примыкают отделения пульмонологии, ОНМК, общая хирургия, неврология и, как ни странно, контрольная группа. Показатели ниже, чем в контрольной группе, наблюдаются в отделении урологии. Хотелось бы отметить отделении урологии, которое вышло в лидеры по всем показателям, показав наиболее благоприятное общее состояние пациентов. Более детально проанализировав эту группу, можно заметить, что, несмотря на то, что урологические заболевания не всегда носят благоприятный характер, такой позитивный настрой мы смогли связать только с тем, что по соотношению в этой группе преобладали мужчины (13 человек из 15 – 86,7%). Стоит внимания тот факт, что в контрольной группе уровень стресса находится почти наравне с пациентами стационара. Это подводит нас к мысли о том, что во всем обществе наблюдается довольно высокий уровень стресса.

Выводы:

1. Наиболее худшие показатели по всем критериям наблюдаются в отделении онкохирургии, а из терапевтического профиля – в отделении пульмонологии.
2. Наблюдается определенная закономерность в том, что пациенты мужского пола по стрессоустойчивости и эмоциональному состоянию намного лучше переносят болезнь и нахождение в стационаре, чем женщины.
3. Показатели стресса находятся на высоком уровне и почти одинаковы как в стационаре, так и среди здоровых людей (в контрольной группе).

PREVENTION OF MYOCARDIAL INFARCTION

A.I. Kamalova, L.V. Alekseeva - students 201a group of the Faculty of Medicine

Department of Foreign Languages with the course of Latin language

Bashkir State Medical University, Ufa

Scientific Advisor – assistant professor Gholami Hamideh Hasan

Relevance: Currently, myocardial infarction is one of the main causes of death and

disability among the population. At the moment, almost every third adult resident of our country suffers from CVD, the mortality rate among them is approximately 46-47%. This is half of all deaths, 2.5 times more than from all malignant neoplasms combined, and 1/4 of those who died from cardiovascular diseases are people under the age of 65. Statistics for Russia look simply terrifying: out of 100 thousand people, 350 men and 164 women die annually from myocardial infarction alone, and 206 men and 152 women die from strokes. There is no such high indicator in any developed country in the world!

Objective: identify the most common CVD risk factors among respondents and propose measures to correct them.

Materials and methods: survey, research, comparison, analysis

Results and discussions: in order to choose the most effective method of preventing myocardial infarction for modern youth, I conducted a questionnaire. People from 16 to 65 years old took part in the survey. The total number of respondents is 135. The age category of 15 – 17 is 35 people or 26% of the total number of respondents. The age category of 18-67 is 100 people or 74% of the total number of respondents.

According to the survey results, the most common risk factors for CVD among young people are: stress – 54%, heredity – 50%, bad habits – 25%, in rare cases – excess weight – 11%

It should be noted that out of 35 respondents aged 15-17 years, none has high blood pressure (above 140/90 mm Hg). However, having unchangeable and changeable CVD risk factors, 8% have heart problems, 17% of respondents monitor their tests only occasionally, control their blood pressure only 14%, visit the district doctor 1 time a year for preventive purposes only 23%. The survey also showed that only 17% of my peers have information about the first signs of MI and 11% know what first aid needs to be given to a person with MI.

According to the survey results, the most common risk factors for CVD among the adult population are: heredity – 55%, bad habits – 47.5%, sedentary lifestyle – 45%, overweight - 45%, stress - 35%

Out of 100 respondents aged 18-65, 20 people have high blood pressure, 30% have heart problems. At the same time, having unchangeable and changeable CVD risk factors, 30% of respondents monitor their tests only occasionally, control their blood pressure 35%, visit the district doctor 1 time a year for preventive purposes 35%. The survey also showed that 50% of the adult population have information about the first signs of MI and 40% know what first aid needs to be provided to a person with MI.

Conclusions: *if we compare young people and older people, then we can say that if stress is the predominant risk factor in adolescents (a changeable factor), they are able to influence this factor and they have the ability to control it, then in the adult population the predominant risk*

factor is heredity (an unchangeable risk factor), which they can't influence. That is, at the moment, young people can reduce their incidence rates only if they learn to control the amount of stress or avoid stressful situations, which, unfortunately, is currently impossible. Stress is also affected by the biological peculiarity of the body at this age and serious loads associated with study. To reduce the risk of myocardial infarction, you need to: lead a healthy lifestyle, give up bad habits, try to avoid stress, and undergo a medical examination once a year to thoroughly check your body.

Список

литературы:

1. Oganov R.G., Fomina I.G. Heart diseases: A guide for doctors. - М.: Litterra, 2011. - 1328 p.
2. Gromnatsky N.I. Internal diseases: Textbook for medical university students. - М.: Publishing house "Medical Information Agency", 2011. - 688 p
3. Okorokov A.N. Diagnostics of diseases of internal organs: Vol. 6. Diagnostics of heart and vascular diseases. - М.: Medical lit., 2013. - 464 p .
4. Ponomareva E.A., Ametova E.I. Processing of statistical data of myocardial infarction // Young scientist. - 2016. - No. 4. - pp. 292-295.
5. Priestrom A.M., Pyrochkin A.V. Myocardial infarction (classification, clinical course, diagnosis): educational and methodical manual. - Мн.: BelMAPO, 2013. - 24 p.
6. Shevchenko N.M. Cardiology. - М.: LLC "Medical information Agency", 2006. - 544 p.
7. Shilov A.M. Secondary prevention of myocardial infarction // Difficult patient. - 2013. - Vol. 4. - No. 8. - pp. 60-64.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА С УЧЁТОМ ВОЗРАСТА

Д.А.Лучков - студент 205(2) Л2 группы 2-го медицинского факультета

Кафедра гигиены общей с экологией

Института «Медицинская академия им. С.И. Георгиевского»

ФГАОУ «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель - старший преподаватель С.В. Иванов

Актуальность. Тело взрослого здорового человека способно выдерживать определенную концентрацию алкоголя в кровотоке, превышение которой приводит неизбежно к интоксикации, то есть общему внутреннему отравлению и гибели. Предельно допустимая концентрация разнится от человека к человеку, но в среднем составляет 5.5 г на 1 кг тела. То есть для смертельного отравления человеку весом 70 кг достаточно принять за короткое время всего 385 г чистого алкоголя, чтобы выделительная система организма не смогла справиться с избытком яда и организм погиб. Для ребенка вред алкоголя начинается с гораздо меньшей цифры, поэтому пьяные родители, угощающие детей спиртным, рискуют

их жизнью.

Безусловно, алкогольные напитки вызывают зависимость и злоупотребление ими, имеет негативное воздействие, а здоровье людей, однако, как показывает исследование австралийских учёных, в умеренных дозах алкоголь, наоборот, может снизить риски развития заболеваний и смертность пожилых людей. Как отмечают сами авторы эксперимента, его результаты следует интерпретировать с осторожностью, поскольку необходимы дальнейшие исследования для оценки причинно-следственных эффектов спиртного на здоровье людей, учитывая их физиологические особенности, конституцию, возраст и состояние здоровья независимо от употребления алкоголя

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в экономически развитых странах алкоголизмом поражено от 1 до 10% взрослого населения. В России на фоне экономического кризиса и социальной дезадаптации общества проблема алкоголизма не теряет остроты. Не менее 10 млн. россиян страдают алкоголизмом и вынуждают страдать ещё 40 млн. родных и близких.

Актуальность проблемы профилактики алкоголизма определяется также тем, что выявляется тенденция роста употребления алкоголя среди детей и подростков, что усугубляет ситуацию по статистике алкоголизма среди населения. Ранний алкоголизм также может привести к необратимым нарушениям в развитии ребёнка или подростка, а также формированием пристрастия к спиртным напиткам задолго до совершеннолетия.

Несмотря на теорию о благоприятном действии алкоголя в случае с профилактикой атеросклероза при небольших дозах употреблённого спирта, это также не должно служить основанием для развития алкоголизма ввиду вреда для иных органов и систем, в том числе печени, которая наиболее выражено страдает от систематического алкоголизма.

Цели исследования: выяснить уровень знаний вредного влияния алкоголя, предположительные причины употребления и мотивы отказа от алкоголя.

Материал и методы исследования: результаты опроса (анкетирования) 44 человек (26 мужчин, 18 женщин в возрасте 42-67 лет), трудящихся, проживающих в Гагаринском районе г. Севастополя. Используются математические и статистические методы обработки полученных результатов.

Результаты исследования. Мало кто из опрошенных людей задумывается, что алкоголизм – это очень тяжелое заболевание, вызываемое систематическим принятием спиртных напитков. Можно сказать, что алкоголь является одновременно и ядом, и профилактическим средством — разница в основном заключается в дозе. Однако даже это не должно служить поводом к систематическому употреблению алкоголя.

Из числа опрошенных 31,82% человек страдает гипертонией. От гипотонии страдало

13,64% респондентов. На момент исследования на проблемы с давлением жаловались: 27,27% респондентов на снижение давления (из них 75% женщин); повышение давления 40,91% респондентов (из них 72,72% мужчин). Остальные опрошенные изменений артериального давления не отмечали, чувствовали себя хорошо. Язвенная болезнь обнаруживалась у 20,45% человек (из них 66,67% мужчин). 63,64% человек испытывали ухудшение состояния после стресса из-за конфликтов в семье и/или стрессовых условий на работе. Одной из названных причин ухудшения состояния также были тяжёлые условия труда (у 15,9% опрошенных). Употребляют жирную пищу в большом количестве 86,36% респондентов, 11,36% опрошенных выпивают в холодное время года более 2,5 л/сутки жидкости (вода, соки). Употребление алкоголя у анкетированных колебалось от 40 мл -250 мл в неделю не зависимо от праздников у 81,81% человек, остальные вообще не употребляют напитки содержащие спирт. По своему самочувствию респонденты отмечали: склонность ко сну, вялость – 27,27%; помутнение сознания – 20,46%. Выше перечисленные симптомы усиливались при повышении употребления алкогольных напитков.

Выводы. Потребление спиртных напитков в избыточном количестве, увеличивает артериальное давление, создавая риск повреждения сосудов и возникновение инсульта. Тип спиртного напитка не сильно влияет на его последствия, пагубное действие алкоголя заключается именно в токсическом действии продуктов распада этилового спирта в организме человека.

РОЛЬ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

А.В. Анацко, В.Н. Крыжевникова – студенты 2310 гр. педиатрического факультета

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель – ассистент Ф.Д. Яковлев

Актуальность. Электронные сигареты стали популярным альтернативным способом употребления никотина. Однако, несмотря на то что они считаются менее вредными, чем обычные сигареты, последние исследования показывают, что они могут быть связаны с развитием патологий легких. Одной из них является образование бронхиолита, который характеризуется воспалением и узловидным расширением бронхиол. Это приводит к уменьшению дыхательной поверхности легких и ограничению потока воздуха. Кроме того, использование электронных сигарет может привести к образованию пневмонии, которая характеризуется воспалением легочной ткани, что, в свою очередь, может сопровождаться нарушением газообмена и ухудшением функции легких. Другим изменением, которое может

быть связано с использованием электронных сигарет, является образование интерстициального фиброза. Некоторые исследования также связывают использование электронных сигарет с развитием рака легких. Хотя это еще не доказано, некоторые компоненты, содержащиеся в жидкости для заправки электронных сигарет, могут быть канцерогенными.

Цель исследования. Изучить пол и возраст группы риска, а также взаимосвязь между использованием электронных сигарет и развитием заболеваний дыхательной системы.

Материалы и методы исследования. Анализ имеющихся в научной литературе современных данных клинических исследований, посвященных вопросам влияния электронных сигарет на организм человека. При проведении исследования проведен сбор данных о распространенности использования электронных сигарет среди 50 студентов БГМУ путем проведения анкетирования. Результаты анкетирования были подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования. Возраст проанкетированных студентов ($n=50$) был в диапазоне от 17 до 22 лет, средний возраст составил 19,5 лет. В исследовании приняли участие 31 (62%) девушка и 19 (38%) юношей, соотношение женщин и мужчин составило 1,63:1. При анализе ответов было выявлено, что в настоящее время 60% ($n=30$) опрошенных курят электронные сигареты. По мнению 60% студентов, курение электронных сигарет позволяет им отвлечься от проблем и тревоги. Выявлено, что 20% опрошенных, считают, что электронная сигарета – это новый модный аксессуар, который является частью их образа. В ходе анкетирования было выявлено, что 25% курящих электронные сигареты имеют хронические заболевания. Среди курящих электронные сигареты студентов 75% в осенне-зимний период чаще испытывают проблемы со здоровьем. Среди них 80% острых респираторных вирусных заболеваний. Курящие студенты болеют в среднем 3-4 раза, в то время как некурящие 1-2 раза.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ результатов анкетирования показал, что использование электронных сигарет является потенциальным фактором риска для здоровья дыхательной системы. Лучшим способом защитить свое здоровье является отказ от курения в любой форме.

КАЧЕСТВО ВОДЫ В РЕКЕ ГАМРИОЗЕНЬ

Н.Н. Исаева - студентка 1 курса 11 группы педиатрического факультета

Кафедра медицинской биологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.б.н, доцент С.А. Трунова

Актуальность. Проблема сохранения качества воды является на данный момент самой актуальной. Существование биосферы и человека всегда было основано на использовании воды. Она влияет практически на все процессы, которые происходят на нашей планете. Тяжело найти природное тело, которое не содержит в себе воду. Она является самым таинственным и загадочным веществом на Земле. Человечество всегда стремилось к увеличению водопотребления, оказывая на гидросферу многообразное давление.

К сожалению, вода на планете с каждым годом загрязняется. Это влияние и человеческого фактора, и промышленности. Загрязнение воды проявляется в изменении физических и органолептических средств (нарушение прозрачности, окраски, запахов, вкуса), увеличения содержания сульфатов, хлоридов, нитратов, токсичных тяжелых металлов, сокращения растворенного в воде кислорода воздуха, появлении радиоактивных элементов, болезнетворных бактерий и других загрязнителей. Эти факторы, влияют на качество водных ресурсов и реки Гамриозень.

Загрязнение водных экосистем представляет огромную опасность для всех живых организмов и, в частности, для человека.

Цель исследования. Цель научно-исследовательской работы - это оценить качество воды в реке Гамриозень.

Материалы и методы в использовании. В качестве материала для исследования была использована вода с реки. Для проверки качества воды - стекло, белая бумага.

Результаты исследования. В ходе исследования были проведены эксперименты на наличие в воде сероводорода и на минерализацию.

Исследуя минерализацию, мы обнаружили, что вода содержит заметное количество минеральных солей. Для этого была нанесена небольшая капля воды на стекло. Затем мы подождали, пока жидкость испарится. Через некоторое время заметили, что после высыхания на стекле остались пятна и разводы. Следовательно, в воде содержались дополнительные минеральные соли.

Далее мы проверили воду на наличие сероводорода. Сначала прогрели воду до 20°C, а после до 60°C. И почувствовали странный, гнилостный запах, который дал понять, что в вода содержит в себе сероводород. А сероводород- это газ, который ухудшает нервную систему человека.

Вывод. Опыты показали, что вода в речке Гамриозень не в лучшем состоянии. Для чего нужно местным и районным отделам охраны природы усилить работу по охране воды. Каждый из нас обязан заботиться о сохранение экологической чистоты водных ресурсов.

Список литературы:

1. А.М.Прохоров – БЭС 1991г.
2. Сыроечковский Е.Е. – М. «Педагогика» 1981г.
3. <http://www.km.ru/referats/A4DBA>

ФАКТОРЫ РИСКА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ЗАКИСИ АЗОТА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

**М.А. Румянцев, студент 01-85 группы, лечебное дело, персонализированная медицина,
С.Р. Бурцева, студент 02-01 группы, педиатрия, Е.В. Локшина, студент 02-04 группы,
педиатрия, А.А. Ежова, студент 02-01 группы, педиатрия**
Кафедра гигиены детей и подростков

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет), Москва, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.Л. Ямицкова

Актуальность. Проблема злоупотребления закиси азота (N₂O) среди молодежи требует всеобщего внимания, так как это вещество становится всё более популярным рекреационным наркотиком, имеющим легкую доступность, что приводит к грозным осложнениям без возможности восстановления в большинстве случаев.

Цель исследования. Определить ассоциированные факторы риска употребления газа среди студентов ВУЗов Российской Федерации по городу Москва, согласно голландскому протоколу изучения влияния психоактивных веществ на молодое поколение.

Материалы и методы исследования. В поперечном когортном исследовании по оценке распространенности употребления закиси азота и ассоциированных факторов рисков сбор информации осуществлялся путем анонимного анкетирования для уменьшения лимитирующих факторов по количеству респондентов. В ходе анонимного опроса выяснялись проблемы интернализации (сочетание оценок по эмоциональным проблемам и проблемам со сверстниками) и экстернализации (проблемы поведения и гиперактивности), согласно стандартизированной переведенной нашей рабочей группой на русский язык анкете «SDQ 18+ - Strengths and Difficulties Questionnaire self report 18+» - «Сильные стороны и трудности» с категориальным распределением баллов; употребление каннабиса; никотина с конвертацией электронных сигарет, вейпов и иных источников никотина в эквивалент, равный одной сигарете (0,5 мг); пьянство, исходя из международного определения. К исследованию были допущены студенты старше 18 лет. Для обработки результатов использовалась множественная логистическая регрессия и тест ANOVA.

Результаты исследования. В анализ были включены данные анкет 183 респондентов. Медианный возраст составил 20 лет с интерквартильным размахом от 19 до 22 лет, где минимальный возраст составил 18 лет, а максимальный – 29 лет. 76% (139/183)

опрошенных, включенных в исследования, являются лицами женского пола. Все респонденты были разделены на две группы – первая включала в себя студентов, получивших 1 балл по 5-балльной шкале Лайкерта в вопросе «Как Вы думаете, Вы когда-нибудь будете пробовать употреблять закись азота» - 66,7% (122/183), вторая – получивших 2-5 баллов, а также ранее употреблявших закись азота – 33,3% (61/183). После анализа опроса были выявлены статистически значимые результаты по половому распределению среди возраста (p -value = 0,043), среди SDQ по шкале эмоциональных проблем (p -value = 0,023), шкале проблем с поведением (p -value = 0,001), шкале экстернализации (p -value = 0,010). При проведении множественной логистической регрессии использовался доверительный интервал 95%: статистически значимые различия среди групп выявлены среди шкал анкеты SDQ - шкала общего балла проблем – 1.39 (1.07-1.81), шкала интернализации – 1.52 (1.01-2.29), употребления алкоголя (пьянство) – 2.56 (1.36-4.81), что трактуется нами как высокий риск начать или продолжить употребление закиси азота.

Выводы. Более высокие риски употребления закиси азота имеют те студенты, которые соответствуют критериям «пьянства», получили категории выше «среднего балла» по шкалам общего балла проблем, что подразумевает высокое количество баллов по всем категориям, и интернализации, то есть наличие депрессии, тревоги, посттравматического синдрома или обсессивно-компульсивного расстройства. Дефицит информации о вреде употребления закиси азота – острая проблема, требуется тестирования молодежи психологами и осведомление их о последствиях приема данного наркотика.

ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

С.С. Султанова - студентка 1 курса лечебного факультета

Кафедра медицинской биологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – к.м.н., доцент С.Г. Нурмагомедова, к.б.н., доцент С.А. Трунова

Актуальность: исследование заключается в том, что в настоящее время происходит злоупотребление подростками энергетических напитков в результате отсутствия информации об их вреде для организма.

Цель исследования: изучение действия энергетических напитков на организм подростков

Материалы и методы исследования: энергетические напитки (GORILLA, AdrenalinRush, Flashenergy), вода, печень, изучение и анализ по теме исследования; статистическая обработка результатов исследования; анкетирование; эксперимент и обработка результатов в виде диаграмм, таблиц, графиков.

Результаты исследования: Практическая значимость исследования подтверждается в проведении разъяснительных работ со студентами 1 курса. Экспериментально показан и доказан вред, наносимый энергетиками еще растущему организму подростка. Проведено анкетирование среди студентов для установления популярности энергетиков. Проведены эксперименты, в ходе которых я изучила влияние энергетических напитков на организм подростка. Сегодня увлечение энергетиками достигло того уровня, когда употреблять их начинают уже с раннего возраста. Энергетические напитки в наше время пьют многие молодые люди и подростки. Телевизор сообщает подросткам о пользе энергетических напитков, но большая часть молодежи страдает от побочных эффектов энергетиков: аритмии, тахикардии, артериальной гипертензии, расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта.

Для того чтобы установить популярность энергетических напитков, я провела анкетирование среди студентов первого курса в возрасте от 17 до 19 лет. Для получения достоверных данных анкетирование проводилось анонимно. Анкета включала в себя 9 вопросов. По результатам анкетирования выявлены и систематизированы сведения об энергетических напитках, наиболее популярных среди подростков.

О Из 62 опрошенных мной студентов употребляют энергетики 34 анкетирзуемых, что составляет 55 % от общего количества опрошенных.

О По полученным данным лидером по употреблению оказался AdrenalinRush.

Чаще других выбираются следующие энергетические напитки:

12 (35%) указали, что они предпочитают энергетик AdrenalinRush, 8 (23%) предпочитают GORILLA, 6 (18%) предпочитают Fleshenergy.

В качестве неприятных ощущений упоминают боль в животе, тяжесть в желудке, боль в зубах, усталость и потеря сил через некоторое время. В качестве приятных ощущений указывают вкус всех напитков. Согласно полученным данным, неприятные ощущения у большинства опрошенных вызывают GORILLA и Flashenergy. Суточной дозой энергетика для 51 % опрашиваемых является одна банка, для 43% - 2 банки, 6 % респондентов могут выпить 3 и более банок энергетика. Вывод: социальный опрос показал, что подростки являются активными потребителями энергетических напитков. При этом не задумываются о последствиях для своего здоровья. Отсюда возникает необходимость разъяснительной работы на приведении наглядных примеров влияния энергетических напитков на организм человека. Таким образом, по полученным статистическим данным наиболее перспективным материалом для исследования являются GORILLA, AdrenalinRush, Flashenergy, так как являются наиболее популярными напитками, вызывающими неприятные ощущения у большей части употребляющих.

Далее провела экспериментальное исследование влияния энергетиков на ткани животного происхождения. Для наглядности эксперимента я взяла говяжью сырую печень, абсолютно здоровую и свежую. Печень разрезала на 4 кусочка- 3 куса под энергетики и один для воды и поместила все куски печени в емкости. Первую емкость я залила водой, чтобы наглядно показать, что никакой реакции с обычной жидкостью не происходит. Вторую- энергетиком «GORILLA». Третью – «AdrenalinRush». Четвертую – «Flashenergy». Емкость с печенью и энергетиками оставила на час. Ровно через час все кусочки достала из жидкостей. На фотографиях кусочки печени рядом с баночкой того напитка, в котором они «отмокали». Печень, залитая водой, не поменяла цвет, осталась такой же здоровой. Видимых изменений не обнаружено. Мясо, после 60 минут пребывания в энергетике «GORILLA», поменяло цвет на серый, при этом выделился газ, и потемнел энергетик. Мясо, «отмокавшее» в энергетике «AdrenalinRush», также поменяло цвет на серый, с небольшим выделением газа. Самые заметные изменения произошли с мясом после «отмокания» в энергетике «Flashenergy». Печень серая, стала разлагаться, с соответствующим запахом. Все это сопровождалось помутнением раствора. При разрезе печени, пострадавшей от энергетиков, видны омертвевшие клетки.

Выводы и заключения: Ингредиенты энергетиков оказывают различное влияние на ткани животного происхождения. Наиболее неблагоприятная картина складывается при воздействии «Flashenergy». Так же неблагоприятная картина складывается и при воздействии на ткани энергетических напитков торговых марок «GORILLA» и «AdrenalinRush». На основе этого можно сделать вывод, что ткани пищеварительного тракта в первую очередь будут подвержены негативному воздействию энергетических напитков.

Наше общество с ее повышенным ритмом и темпом жизни, с ежедневными стрессами, нагрузками пытается устранить хроническую усталость с помощью всевозможных стимуляторов: допингов, биодобавок, сомнительных витаминов и энергетических напитков. Подростки являются активными потребителями энергетиков.

Многие люди, пьющие «энергетики», думают, что действие их совершенно безвредно, и продолжают увеличивать дозу. Следовательно, энергетические напитки можно назвать психостимуляторами.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ К СОБЛЮДЕНИЮ ФИЗИЧЕСКИХ МЕР БЕЗОПАСНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Д.С. Спирин - студент 4 курса группы №2 факультета СПО и бакалавриата
*Кафедра поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной
практики*

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Актуальность Эпидемические и пандемические вирусные инфекции представляют серьезную угрозу для людей во всем мире. К числу заслуживающих внимания эпидемий относятся такие, как тяжелый острый респираторный синдром (SARS) в 2003 году и ближневосточный респираторный синдром (MERS), который начался в 2012 году, пандемия SARS-CoV-2. Считается, что движущими силами таких эпидемий и пандемий являются высокая вирусная нагрузка, высокие уровни трансмиссивности, восприимчивые группы населения и пациенты с симптомами. Предотвращение распространения респираторных вирусов от человека к человеку может быть эффективным для уменьшения распространения вспышек. Физические вмешательства, такие как использование масок и меры дистанцирования, могут предотвратить распространение респираторных вирусов, которые, как считается, распространяются от инфицированных к восприимчивым людям при прямом и непрямом контакте. Изучение факторов, влияющих на приверженность к соблюдению мер безопасности и самих рекомендаций является актуальной задачей для фельдшеров, так как может способствовать организации безопасной среды для предупреждения распространения вирусных инфекций.

Цель исследования: изучить приверженность студентов к соблюдению физических мер безопасности, таких как ношение масок, соблюдение дистанции и требований по гигиенической обработке рук вне медицинской организации в период пандемии Covid-19.

Материал и методы исследования: в анкетировании по соблюдению мер безопасности приняли участие 28 студентов 4 курса, работавшие во время практики в период пандемии Covid-19 в медицинских организациях. Анкета включала вопросы по самооценке знаний по профилактике респираторных инфекций, по соблюдению физических мер безопасности при работе с больными в клинических отделениях и пунктах вакцинации, по соблюдению мер защиты вне медицинской организации, а также оценку своего состояния во время пандемии. Исследование проводилось анонимно и добровольно.

Результаты исследования: все опрошенные студенты считали, что переболели Covid-19 в легкой форме или не болели вообще (45% и 55% соответственно), они достаточно высоко оценили свой уровень знаний по физическим мерам безопасности, также все отметили неукоснительное соблюдение ими мер безопасности во время работы с населением и больными. Однако вне работы не носили маски более 40%, мотивируя это тем, что они не больны и, следовательно, не представляют опасности для окружающих, а риск инфицирования от больных значительно выше в стационаре, чем в общественных местах. Более 50% опрошенных отметили, что пренебрегали соблюдением правил обработки рук в

связи с отсутствием, по их мнению, возможности передачи инфекции контактным путем в общественных местах. Правила дистанцирования соблюдали не более 60% опрошенных. В целом, большинство студентов признали, что пренебрегали правилами безопасности на улице, в общественных местах, но при этом оправдывали свое поведение тем, что риск их собственного заражения выше во время работы, а постоянно использовать СИЗ (средства индивидуальной защиты) достаточно тяжело.

Выводы: учитывая тот факт, что работники здравоохранения имеют повышенный риск заражения респираторными заболеваниями и могут быть источником инфицирования окружающих, необходимо формировать у них приверженность к использованию СИЗ в соответствии с протоколами. Исследование показало, что поведение студентов опирается в большей степени на личные предпочтения и мнение окружающих, а не на следование рекомендациям. Соблюдение правил по гигиене рук оказалось одним из самых «слабых звеньев» безопасности. Молодые люди склонны игнорировать протоколы вне работы, что может служить одним из факторов, влияющим на распространение инфекции.

Таким образом, при организации работы по обеспечению мер безопасности во время эпидемий и вспышек острых респираторных инфекций следует обращать внимание, в первую очередь, на соблюдение мер безопасности со стороны медицинских работников и молодежи в целом.

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ПОДРОСТКОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В КОНТЕКСТЕ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

С.В. Журавлев - студент 4 курса группы №2 факультета СПО и бакалавриата
*Кафедра поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной
практики*

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научные руководители: к.м.н., А.Л. Шумова, Н.И. Тарасенко

Актуальность Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), включая ВИЧ, распространены среди подростков и могут иметь долгосрочные неблагоприятные последствия для репродуктивного здоровья. Подростковый возраст характеризуется заметными анатомическими, физиологическими, психологическими и социальными изменениями и представляет собой переходный период между детством и взрослой жизнью. В этот период телесность приобретает важный аспект, потому что эти изменения происходят быстро, заметно, с положительными или отрицательными последствиями, которые могут длиться всю жизнь. Опыт сексуальности в этот период становится более очевидным, и

обычно это проявляется в незащищенных сексуальных практиках, что связано с недостатком информации и общения между членами семьи, а также из-за некоторых мифов или табу.

Образовательные программы по профилактике ИППП, достаточно востребованы, так как демонстрируют получение хороших результатов в части профилактики ранних и незащищенных сексуальных отношений. Однако практика показывает, что вопросы влияния на репродуктивную сферу в этих программах освещаются недостаточно.

Цель исследования- изучение информированности молодежи о проблеме ИППП и влиянии на репродуктивное здоровье для разработки профилактических образовательных мероприятий с учетом особенностей целевой группы.

Материал и методы исследования. Было проведено анонимное онлайн анкетирование студентов 1 курса в возрасте от 17 до 18 лет. Анкета включала блоки вопросов по оценке знаний о заболеваниях, путях заражения, клинических проявлениях, развитии осложнений, влиянии на репродуктивное здоровье. Также изучались источники информации, к которым чаще всего прибегали студенты и уровень доверия к ним. Анкетирование было предложено 46 (26% мужчин) студентам, но только 54% (25 человек, из них 8 мужчин) прошли исследование.

Результаты исследования показали, что основными источниками информации о заболеваниях, передающихся половым путем служил Интернет (80%), сверстники (60%), члены семьи (48%). По мнению опрошенных, информацию должны предоставлять молодым людям медицинские работники (72%), родители (64%), учителя в школе (60%). Заболевания, о которых, по мнению опрошенных, они хорошо осведомлены, включали в себя ВИЧ (92%), сифилис (88%), гонорея (56%), гепатит, хламидиоз и трихомониаз – по 33,3%. Свои знания оценили на «удовлетворительно» и «хорошо» по 36%. На последствия, связанные с возможностью иметь детей и влиянием на здоровье ребенка указали 60%, 48% никогда и ни с кем не обсуждали вопросы, связанные с ИППП, при этом 72% считают, что информацию о заболеваниях желательно предоставлять детям 12-14 летнего возраста. В случае возникновения подозрения на заболевание 80% ответили, что сразу обратятся к медицинским работникам.

Выводы Данное исследование показало, что, в большинстве своем, студенты осведомлены о заболеваниях, их влиянии на репродуктивное здоровье, однако источниками информации являлись сверстники и Интернет. Учитывая, что 46% студентов отказались отвечать на вопросы, связанные с ИППП, необходимо максимально использовать ресурсы медицинских организаций, такие как сайты, страницы в соцсетях для активного информирования и привлечения к обсуждению вопросов, связанных с ИППП. Представления о теле и сексуальности социально и культурно обусловлены, поэтому

необходимо использовать подходы, основанные на участии подростков в обсуждении информации, использовать все возможные ресурсы для повышения грамотности по заболеваниям, передающимся половым путем. При этом важно учитывать культурный контекст с опорой на доверие к медицинским работникам.

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

А.А. Муртазин, Д.Д. Муминов, Э.В. Ризванова

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель — доцент Ю.В. Яркин.

Актуальность. Цирроз печени одна из распространенных патологий на сегодняшний день. Проводятся исследования о пользе физических упражнений у пациентов с ЦП., которые повышают функциональность физической деятельности, способствуют контролю гликемии, увеличивают синтез белка, обеспечивают лучшее качество жизни, способствуют благоприятному прогнозу [1,2,3].

Цель работы: сравнение влияния индивидуальных аэробных и домашних упражнений на показатели утомляемости, силу дыхательных и периферических мышц, функциональные возможности, качество жизни у пациентов с компенсированным циррозом печени.

Материал и методы: нами было проведено проспективное когортное исследование с участием 30 пациентов, госпитализированных в стационар с подтверждённым диагнозом цирроз печени (K74,3-K74.6). Исследование проводили с июня по сентябрь 2022 года на базе РКБ им. Г. Г. Куватова г. Уфа. Критерии включения: пациенты с ЦП любой этиологии, находящиеся на амбулаторном наблюдении. Критерии исключения: пациенты с декомпенсированными заболеваниями печени, характеризующимися классом С по шкале Чайлда-Туркотта-Пью, с проявлениями портальной гипертензии (спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода III степени, увеличение воротной вены или коллатерального кровообращения), вследствие риска повышения портального давления и риска кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Изучаемые показатели: шкала тяжести усталости (ШТУ), сила дыхательных мышц на вдохе (ПВ вд.), на выдохе (ПВ выд.), концентрический изокинетический пиковый крутящий момент (КИМ) в ньютон/метрах (н/м), генерируемый мышцами разгибателями колена в изокинетическом динамометре Biodex System 3, тест 6-минутной ходьбы (6ТХ), оценивающие функциональное состояние. Пациенты были разделены на 2 группы: очную группу (ОГ) и домашнюю группу (ДГ). Первый бученный

исследователь (И1) проводил оценки параметров в обеих группах. Второй обученный исследователь (И2) контролировал уровень физической активности в ОГ и руководил занятиями в ДГ. На занятиях под руководством И2 выполнялись аэробные упражнения 2 раза в неделю в течении 12 недель. Первый сеанс включал 5-минутную разминку за которым следовала 30-минутная ходьба по беговой дорожке на максимальной скорости переносимой пациентом согласно шкале Борга. К каждому следующему сеансу добавлялись 2 минуты ходьбы до достижения 50 минут. Все пациенты были обследованы на предварительной тренировке (ПТ), 4, 8, и 12 неделях исследования. Количественные переменные были описаны средним и стандартным отклонением, а категориальные - абсолютными и относительными частотами. Сравнение средних значений проводилось с помощью t-критерия Стьюдента. Сравнение пропорций проводилось с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона или точного критерия Фишера. Одновременные внутригрупповые и межгрупповые сравнения проводились с использованием модели обобщенных оценочных уравнений, дополненных критерием значимости различий. Принятый уровень значимости составил 5% ($P < 0,05$). Анализ был выполнен с использованием статистического пакета для социальных наук (SPSS) v. 21.0.

Результаты и обсуждение: возраст пациентов варьировал от 18 до 75 лет. При каждой последующей оценке показатели утомляемости в ОГ демонстрировали значительное снижение, среднее значение было оценено в 1,86 балла за весь период наблюдения. В то время как в ДГ происходило увлечение, которое в среднем достигло 0,10 баллов за весь период наблюдения. Данная разница является статистически значимой.

Пациенты с ЦП часто имеют жалобы на повышенную утомляемость, что, по мнению некоторых исследователей, является результатом повышенной физической активности в период исследований [3]. Zenith и соавт. провели рандомизированное контролируемое исследование и выявили, что у пациентов выполняющих физические упражнения 3 раза в неделю в течении 8 недель уменьшаются симптомы повышенной утомляемости [4].

В ОГ P_i макс и P_i макс. увеличились на 23 и 28,5 cmH₂O.

У пациентов ОГ было выявлено увеличение 6TX на 97 метров. В литературы были описаны результаты увеличения данного показателя от 34 до 80 метров. Минимальное увеличение составляло 30,5 метров и было выявлено Grona и соавт. [5] Chen. и соавт. описали увеличение 6TX до 151 метра, что является наибольшим показателем описанным в литературе у пациентов с ЦП [6].

У пациентов ОГ наблюдалось значительное увеличение КИМ (с 21,8 по 60,2 Н/м). Niraoka и соавт. в проведённом исследовании продемонстрировали увеличение мышечной силы на 5,6% после 12 недель выполнения аэробных упражнений, так же было выявлено

увеличение мышечной силы нижних конечностей на 11% за аналогичный период времени. Однако стоит учесть, что пациенты в период исследования получали аминокислотные добавки [7].

Заключение и выводы. Исследование показало, что 12 недель индивидуальных занятий аэробными упражнениями в средней интенсивности способны уменьшить утомляемость, укрепить дыхательные и периферические мышцы, улучшить функциональные возможности и качество жизни у пациентов с компенсированным ЦП. Физическая активность в виде домашних упражнений не имела соответствующего эффекта.

Список литературы:

1. Moon AM, Singal AG, Tapper EB. contemporary epidemiology of chronic liver disease and cirrhosis. *Clinic Gastroenterol Hepatol*. 2020. № 18: С. 2650-2666.
2. Rowe AI. Lessons from Epidemiology: The Burden of liver Disease. *Dig Dis*. 2017. № 35. С. 304-309.
3. Kim HY, Jang JW. Sarcopenia in the prognosis of cirrhosis: Going beyond the MELD score. *World J Gastroenterol*. 2015. № 21. С. 7637-7647.
4. Zenith L, Meena N, Ramadi A, Yavari M, Harvey A, Carbonneau M, et al. Eight weeks of exercise training increases aerobic capacity and muscle mass and reduces fatigue in patients with cirrhosis. *Clinic Gastroenterol Hepatol*. 2014. № 12. С. 1920-1926.e2.
5. Grona SL, Bath B, Busch A, Rotter T, Trask C, Harrison E. Use of videoconferencing for physical therapy in people with musculoskeletal conditions: A systematic Review. *J Telemed telecare*. 2018. № 24. С. 341-355.
6. Chen HW, Ferrando A, White MG, Dennis RA, Xie J, Pauly M, et al. Home-based physical activity and diet intervention to improve physical function in advanced liver disease: a randomized pilot trial. *Dig Dis Sci*. 2020. № 65. С. 3350-3359.
7. Hiraoka A, Michitaka K, Kiguchi D, Izumoto H, Ueki H, Kaneto M, et al. Efficacy of branched-chain amino acid supplementation and walking exercise for preventing sarcopenia in patients with liver cirrhosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2017. № 29. С. 1416-1423.

ТРЕВОГА О ЗДОРОВЬЕ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

И.М. Шишкова - кандидат психологических наук, доцент

Кафедра общей и специальной психологии с курсом педагогики

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Актуальность. Детальный обзор современных клинико-психологических исследований позволяет заключить, что широкую распространенность получают исследования эмоционального состояния населения различных стран, и особое внимание

уделяется оценке тревожных реакций (Ениколопов и соавт., 2020; Холодова, 2020; Бойко и соавт., 2020; Алёхин и соавт., 2020; Rajkumar, 2020; Liu, et al., 2020 и др.). В связи с этим важным становится рассмотрение такого конструкта, как «тревога о здоровье».

Понятие «тревога о здоровье» впервые появилось в психологической науке в 1986 году (Salkovskis, Warwick, 1986), однако до настоящего времени не имеет достаточной концептуализации и единых определения и интерпретации. Традиционно «тревога о здоровье» упоминается авторами в контексте патологических состояний, как признак ипохондрии, при котором пациент убежден в наличии у него какого-либо заболевания, либо повышенного риска его развития (A psychiatric glossary..., 1975). Тем не менее, современные представления и обследования пациентов позволяют заключить, что тревога о здоровье является столь однозначной: широкий спектр тревожных реакций у пациентов зачастую выражает обеспокоенность человека состоянием своего здоровья, но не доходит до границ патологии.

В нашем исследовании мы придерживаемся точки зрения о том, что тревога о здоровье, в первую очередь, представляет собой нормативный механизм адаптации психики и эмоциональную реакцию индивида как на дискомфорт и болевые ощущения, так и на «нормальные» телесные ощущения, которые могут интерпретироваться как опасные для организма (Шишкова, 2020; Shishkova, Pervichko, 2021).

Обучение в медицинском университете само по себе сопровождается высокой степенью психологического и эмоционального напряжения, необходимостью усваивать большое количество информации, интенсивностью тренировки практических навыков. Исследования отечественных и зарубежных авторов показывают высокий уровень личностной тревожности у студентов-медиков (по разным данным этот уровень присущ 65-80% студентов), высокий уровень тревоги о здоровье.

Описан также «синдром студента-медика» (Medical Student Syndrome), главным «симптомом» которого является убеждение в наличии у себя или других симптомов изучаемого заболевания. Авторы до сих пор не сходятся во мнении, является ли данное состояние психопатологическим, возможно ли его приравнивание к нозофобии или ипохондрии. В связи с появлением концепта «тревога о здоровье» и его разграничении с ипохондрическими состояниями, зарубежные специалисты склонны считать этот синдром схожим именно с тревогой о здоровье.

Целью настоящего исследования стало изучение тревоги о здоровье у студентов медицинского вуза.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 84 студента Рязанского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 23 лет, среди которых 58

женщин, 26 мужчин. Средний возраст – 20.5. Исследование проводилось с октября 2022 года по март 2023 года.

Для достижения поставленной в исследовании цели нами были использованы следующие методики:

1. Краткий опросник тревоги о здоровье (Short Health Anxiety Inventory, SHAI) (Salkovskis, et al., 2002, адапт. Шишкова, Первичко, 2020).
2. Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (Spielberger, et al., 1970, 1983; Ханин, 1976).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 17.0 с использованием критерия χ^2 МакНемара.

Результаты исследования. Общие показатели ситуативной и личностной тревожности в исследуемой группе находятся в умеренной степени выраженности, тогда как тревога о здоровье и страх негативных последствий заболевания имеют высокую степень выраженности.

Статистически значимые изменения претерпели следующие показатели: ситуативная (34.27 vs 38.78, $p=0.001$) и личностная (38.12 vs 43.9, $p=0.001$) тревожность, а также страх негативных последствий заболевания (2.49 vs 2.07, $p=0.001$), причем ситуативная и личностная тревожность – в сторону увеличения среднего показателя, страх негативных последствий заболевания – в сторону уменьшения среднего показателя.

Общий показатель тревоги о здоровье и бдительность к телесным ощущениям не имеют статистически значимых различий в данной выборке респондентов.

В целом, результаты свидетельствуют о наличии у студентов высокого уровня тревоги о здоровье.

Выводы. Полученные в исследовании результаты свидетельствуют о необходимости психологического сопровождения процесса обучения студентов-медиков. Это возможно реализовать в формате профилактических групповых тренинговых занятий или индивидуальных (по запросу) консультаций.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К АЛКОГОЛЮ

**С.В. Дутова¹ - студентка 4 курса лечебного факультета, Е.Р. Погодаева² - ученица
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов**

¹ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, Чита, Россия

²ГОУ «Забайкальский краевой лицей-интернат», Чита, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент В.А. Мудров

Актуальность. Среди современных медико-социальных проблем одной из наиболее актуальных является проблема алкоголизации населения. Согласно статистике ВОЗ на территории стран СНГ каждый пятый мужчина умирает от патологий, которые были спровоцированы чрезмерным употреблением алкоголя. Этанол и продукты его метаболизма запускают реакции, пагубно влияющие на состояние организма, под влиянием этанола и его метаболитов особенно активно протекает процесс перекисного окисления липидов. Нейтрализация этанола осуществляется в ходе работы алкогольдегидрогеназной, микросомальной этанол-окисляющей, каталазной, альдегиддегидрогеназной систем. Степень клинических проявлений алкогольного опьянения определяется концентрацией наиболее токсичного метаболита - ацетальдегида. Ферментативные системы, отвечающие за биотрансформацию и нейтрализацию этанола локализуются преимущественно в печени, однако, метаболические системы могут проявлять свою активность и в других органах. Например, при непосредственном воздействии на конкретный участок кожи, происходит активация этанол-нейтрализующих систем в данной локализации.

Цель исследования. Оценить возможность использования метода динамической тепловизиометрии для определения толерантности к алкоголю на примере участка кожи, взаимодействовавшего с этанолом.

Материалы и методы. Для проведения исследования были выбраны студенты 6 курса ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России. Численность исследуемой группы - 30 человек. Исследование включало несколько этапов. На первом этапе была проведена оценка степени опьянения студентов при употреблении алкоголя, объемом эквивалентным 250 мл, 40% в течение 1 часа, путем субъективного описания своего состояния. По описательным характеристикам исследуемую группу разделили на три: легкую, среднюю и тяжелую степени опьянения. В состав групп вошли 9, 10 и 11 студентов соответственно. Второй этап основывался на оценке локальной температуры участка кожи средней трети предплечья до и после контакта с этанолом в течение 5 минут. Для проведения исследования был использован тепловизор торговой компании Bosch GTC 400 C. В начале второго этапа осуществляли термометрию выбранного участка кожи, после накладывали антисептическую салфетку "МК Асептика 4,0 x 4,0 см", затем полиэтиленовую пленку. Время экспозиции - 5 минут. Через минуту после прекращения взаимодействия кожи с этанолом повторно измеряли температуру на исследуемом участке кожи. Для того, чтобы данные были более достоверны, каждое измерение температуры осуществлялось трехкратно, после чего вычислялось среднее значение. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics Version 25.0. с помощью

критерия Краскела-Уоллиса. Для оценки нормальности распределения использовали критерий Шапиро-Уилка. С учетом того, что распределение признаков получилось отличным от нормального полученные данные представлены в виде медианы, первого и третьего квартилей. (Me[Q1;Q3])

Результаты исследования. Среди студентов, которые отмечали состояние легкого алкогольного опьянения, температура кожного участка до воздействия этанола составила 36,0 (36,0; 36,1) °C, у студентов, субъективно оценивавших свое состояние, как среднюю степень алкогольного опьянения, температура составила 36,2 (36,0; 36,3) °C. У студентов, отмечавших тяжелую степень опьянения, температура кожи до взаимодействия с этанолом составила 36,5 (36,3; 36,5) °C ($H=5,6$, $df=2$, $p=0,06$). После проведения второго этапа исследования в группах были получены следующие значения. У студентов первой группы исследования температура кожного участка составила 34,6 (34,6; 34,8) °C, у студентов, вошедших во вторую группу, температура кожного участка - 35,5 (35,4; 35,7) °C, в третьей группе - 36,1 (36,0; 36,2) °C ($H=22,2$, $df=2$, $p<0,001$). Затем определяли разность температурных показателей до и после взаимодействия кожного участка с этанолом в каждой исследуемой группе. Температурная разность у студентов в первой группе исследования составила 1,4 (1,2; 1,4) °C, во второй исследуемой группе 0,6 (0,6; 0,7) °C, у студентов третьей группы 0,2 (0,2; 0,3) °C ($H=26,1$, $df=2$, $p<0,001$).

Выводы. Высокую толерантность к действию этанола определяет разность температур равная 1,0°C и более, в свою очередь низкую толерантность определяет показатель менее или равный 0,5 °C. В ходе проведенного исследования определено, что динамическая тепловизиометрия кожного участка, который подвергался воздействию этанола, может быть использована, как простой и доступный метод оценки толерантности к этанолу у определенного человека.

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ.
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

**ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ И ИНДЕКСОМ
МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО И ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

Ч.О. Таимова – студентка 203 группы лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрав России, Махачкала, Россия.

Научные руководители: д.м.н., профессор Р.М. Рагимов к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. По оценкам экспертов, проблемы с осанкой достаточно распространены среди детей младшего школьного возраста. По различным данным в 2018 году нарушения осанки наблюдались у 40-50 % детей младшего школьного возраста. Нарушения осанки у детей младшего школьного возраста могут оказать негативное влияние на различные системы органов, поскольку осанка является основой правильного распределения нагрузки на опорно-двигательную систему и могут привести к задержке в росте и развитии скелета, утомляемости и перенапряжению отдельных групп мышц. Кроме того, эти нарушения сказываются на работе различных систем органов, например, дыхательной, нервной, сердечно-сосудистой и др. Нарушения осанки у детей дошкольного возраста также могут повлечь за собой серьезные последствия для здоровья: развитие сколиоза, кифоза, сутулости, а при повседневном движении и ходьбе дети могут испытывать боли в спине, шее, плечах. Риск распространенности неправильной осанки у детей с избыточным весом, вероятно, выше, чем у детей с нормальным индексом массы тела, однако научных доказательств такой взаимосвязи пока нет.

Цель исследования: выявить влияния различных факторов (массы тела, неправильное сидение за партой, ношение тяжелого рюкзака на одном плече и др.) на состояние осанки детей младшего школьного и дошкольного возрастов.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 73 школьника младшей возрастной группы – 7-8 лет (28 девочек и 45 мальчиков) и 53 дошкольника в возрасте от 6 до 7 лет (25 девочек и 28 мальчиков), посещающих школу и детский сад прогимназии № 68 г. Махачкалы. Индекс массы тела измеряли по формуле m/r^2 , где m – масса тела в килограммах, r^2 – рост в метрах. Оценку состояния осанки проводили по пробе Адамса. В 1-ю контрольную группу вошли дети младшего школьного возраста с нормальным индексом массы тела без нарушения осанки – 31 ребенок (19 мальчиков и 12 девочек). Нарушения осанки были обнаружены у 42 детей (26 мальчиков и 16 девочек). Во 2-ю контрольную группу вошли, соответственно, дети дошкольного возраста – 43 ребенка. У всех

респондентов определяли локализацию искривления позвоночника, которые классифицированы на: опущение левого плеча (ОЛП) и опущение правого плеча (ОПП).

Результаты исследования детей младшего школьного возраста представлены в **таблице 1**. У 57,5% детей были обнаружены нарушения осанки. Чаще всего у детей встречалось опущение правого плеча (в 58,5% случаях), среди которых 37,9% мальчиков и 23,6% девочек. Причем эти искривления у детей с повышенным индексом массы тела определялось чаще (в 59% случаях). Всего мальчиков с нарушениями осанки – 26, из них у 14 – высокий индекс массы тела. В целом нарушения осанки чаще встречались у мальчиков (62%), по сравнению с девочками (38%).

Таблица 1. Показатели осанки у детей младшего школьного возраста

Нарушения осанки	Мальчики (62%)		Девочки (38%)	
	Норм ИМТ	Повыш ИМТ	Норм ИМТ	Повыш ИМТ
ОЛП	4,4%	10,1%	2,6%	5,4%
ОПП	9,6%	37,9%	9,4%	20,6%
Итого:	14%	48%	12%	26%

Результаты исследования детей дошкольного возраста представлены в табл.2. Полученные данные показывают, что у 20,5% обследованных были обнаружены нарушения осанки, что свидетельствует о повышении риска возникновения нарушений опорно-двигательного аппарата у детей младшего школьного возраста. На это, возможно, оказывает влияние неправильное сидение за партой и ношение тяжелого портфеля или рюкзака на одном плече. Также на нарушение осанки, вероятно, оказывает влияние увеличение массы тела (наблюдалось в 86,3% случаях у детей с высоким индексом массы тела).

Таблица 2. Нарушения осанки у детей дошкольного возраста.

Нарушения осанки	Мальчики		Девочки	
	Норм ИМТ	Повыш ИМТ	Норм ИМТ	Повыш ИМТ
ОЛП	0%	32,2%	0%	0%
ОПП	12,7%	36,1%	0%	18%
Итого:	12,7%	68,3%	0%	18%

Выводы:

1. В обследованных группах выявлено, что нарушения осанки, независимо от возраста, чаще встречается у детей с высоким индексом массы тела. Поэтому для этой

группы детей можно рекомендовать поддержание здорового образа жизни, включающее правильное питание и регулярные упражнения;

2. Неправильное ношение рюкзака на одном плече и неправильная посадка за партой увеличивают нагрузку на позвоночник ребенка и повышает риск нарушений осанки.

Литература.

1. Исаева, Д.Х. Исследование нарушений осанки у детей школьного возраста / Д.Х. Исаева, Ф.У. Нигматова Н.Т. Муминова // – Журнал: «Дизайн и технологии». – 2019. – С. 48-54.

2. Спивак, Е.Н. Состояние здоровья школьников с нарушениями осанки / Е.Н. Спивак, Н.Н. Нежкина, О.В. Кулигин и О.Л. Насонова// - Вестник Ивановской медицинской академии. – 2020. – С. 29-32.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕ

А.А. Юзбекова - студентка 4 курса лечебного факультета
С.М. Мирзаханов, студент 5 курса лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители: д.м.н., профессор Р.М. Рагимов и

к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. Тема снижения физической активности с каждым годом приобретает все большую актуальность. Это касается и детей младшего школьного возраста. Среда для современных детей изменилась. На смену увлекательным активным играм пришли компьютерные игры. В предпочтениях и интересах дошкольников и школьников младших классов произошли существенные изменения в структуре их свободного времени [1].

Таким образом, все большее количество детей находится в условиях гиподинамии. Биологическая потребность в движении детей в современном образовательном пространстве России удовлетворяется лишь на 60%. Аналогичные тенденции наблюдаются и в других странах [2,3].

Исследования подтверждают, что недостаточная двигательная активность отрицательно сказывается на многих функциях растущего организма и может служить патогенетическим фактором возникновения и прогрессирования ряда заболеваний [4,5].

Цель настоящего исследования: оценка влияния физической активности на морфофункциональные показатели организма ребенка.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 122

школьника в возрасте от 7 до 9 лет (средний возраст $-7,6 \pm 0,3$ лет). В структуре опрошенных девочек – 63 (51,6%), мальчиков – 59, соответственно, 48,3%.

Полученные нами данные были обработаны с помощью компьютерной программы «BioStat» (версия 4.03) с использованием описательной статистики, однофакторного дисперсионного анализа и критерия Стьюдента для множественных сравнений с поправкой Бонферрони. Анализ также включал в себя определение средних арифметических величин, коэффициентов корреляции.

Для оценки двигательной активности детей был использован общепринятый метод шагометрии, разработанный Л.Г. Сузаревым, Н.Г. Лебедевым, М.А. Руновой. Он позволил вывести количественные значения основных локомоций у детей. В целях повышения достоверности результатов, сбор данных об объеме двигательной активности производился в течение недели. После сравнения полученных результатов с диапазоном уровней основных показателей двигательной активности, все исследуемые были разделены на две группы: дети с низкой физической активностью (число шагов в среднем составило – 6984,31); дети с высокой физической активностью (число шагов в среднем -13893,27). См. таблица 1.

Таблица 1.

Группы	Количество детей (n)	Двигательная активность (количество локомоций)
Дети с низкой двигательной активностью	60	6984,31 ±182,4
Дети с высокой двигательной активностью	62	13893,27 ±452,3

Оценка морфофункциональных показателей школьников младшего возраста производилась с учетом следующих показателей: рост, масса тела, индекс Кетле, жизненный индекс, силовой индекс.

Определение физической подготовленности производилось с помощью теста на физическую пригодность «Президентский фитнес-тест». Президентский фитнес-тест был разработан в 1950-х годах Молодежной фитнес-программой Президентского совета по молодежному фитнесу, которая была создана президентом Дуайтом Д. Эйзенхауэром [6].

В исследовании физической работоспособности детей были использованы проба Руфье, а также Гарвардский степ-тест. Определялось изменение пульса в восстановительном периоде, и на основе этих результатов производилась интерпретация полученных данных.

Суждения о психическом развитии, а именно оценка таких показателей, как скорость, точность и продуктивность внимания, а также умственная работоспособность производились на основе использования теста Бурдона в модификации «Кольца Ландольта».

Результаты исследования. Межгрупповые сравнения полученных показателей у детей с высокой и низкой физической активностью позволили зарегистрировать влияние объемов двигательной активности на показатели физического и психического развития школьников.

При изучении морфофункциональных особенностей наблюдались достоверные различия в показателях ЖЕЛ, жизненный индекс, силовой индекс ($P < 0,05$). Однако по показателям рост, вес и индекс Кетле различий не выявлено ($P > 0,05$).

Таблица 2.

Группы	n	Морфофункциональные показатели школьников младшего возраста				
		Рост(см)	Вес (кг)	Индекс Кетле (усл.ед)	ЖЕЛ	Жизненный индекс
Дети с низкой двигательной активностью	60	137,8±3,3	30,6±1,09	16,3±4,4	1386±42	47,4±1,38
Дети с высокой двигательной активностью	62	138,4±3,9	29,25±0,93	15,8±4,3	1478±48	50,7±1,51

Разница в объеме двигательных движений привела к расхождению в показателях физической подготовленности ($p < 0,05$), что видно из *таблицы 3*.

Таблица 3.

Группы	n	Показатели физической подготовленности школьников младшего возраста.			
		Подтягивания из виса лежа на низкой перекладине: кол-во	Челночный пробег-сек	Прыжки в длину с места-см	забег на 30 метров-сек
Дети с низкой двигательной активностью	60	7,7±1,6	10,8±0,95	98±11,3	8,8±0,74
Дети с высокой	62	9,4±1,4	8,7±0,78	103±9,5	8,1±0,72

двигатель- ной активностью					

Разница в показателях обеих групп наблюдается и по данным теста Руфье и Гарвардского степ-теста, что подтверждает положительное влияние высокой физической активности на физическую работоспособность ребенка.

Таблица 4.

Группы	n	Показатели физической работоспособности.	
		Тест Руфье	Гарвардский степ-тест
Дети с низкой двигательной активностью	60	$8,74 \pm 0,79$	$52,5 \pm 1,87$
Дети с высокой двигательной активностью	62	$6,12 \pm 0,54$	$57,1 \pm 1,39$

Проведение теста Бурдона не выявило достоверных различий.

Таблица 5.

Группы	n	Оценка показателей умственной работоспособности
		Кольца Ландольта (усл. Ед)
Дети с низкой двигательной активностью	60	$0,56 \pm 0,03$
Дети с высокой двигательной активностью	62	$0,54 \pm 0,04$

Выводы:

1. Морфофункциональные показатели, такие как рост, вес и индекс Кетле в большей степени определяются генетическим материалом, нежели уровнем двигательного объема. Разница в показателях ЖЕЛ, жизненный индекс, силовой индекс свидетельствует о том, что дети с высокой физической активностью имеют более высокие результаты развития и функционирования сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

2. Занятия физической культурой являются благоприятным контекстом для формирования здоровых физкультурно-спортивных привычек, а высокий объем двигательной активности может быть ключом к объяснению уровня физической подготовленности и физической работоспособности детей.

3. Отсутствие достоверных различий при проведении теста Бурдона, с большей

вероятностью объясняется тем, что дети с низкой физической активностью в большей степени заняты учебной деятельностью и успешно справились с задачей.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что физическая активность играет важную роль в жизни детей и подростков, поскольку она положительно влияет на многие аспекты физического и психического здоровья, фундаментально способствуя позитивному социальному, эмоциональному и когнитивному развитию. Достаточный объем двигательной активности благоприятно сказывается на росте физической подготовленности, работоспособности, морфофункциональных показателей ребенка.

Список литературы.

1. Harrison M, Burns CF, McGuinness M, Heslin J, Murphy NM. Influence of a health education intervention on physical activity and screen time in primary school children: 'Switch Off Get Active'. J SciMedSport; 9:388-94.
2. Haerens L, De Bourdeaudhuij I, Maes L, Cardon G, Deforche B. School-based randomized controlled trial of a physical activity intervention among adolescents. J AdolescHealth; 40:258-65.
3. Wen LM, Fry D, Merom D, Rissel C, Dirkis H, Balafas A. Increasing active travel to school: are we on the right track. A cluster randomized controlled trial from Sydney, Australia. PrevMed, 2008; 47:612-8.
4. Zarebska A, Jastrzebski Z, Moska W, Leonska-Duniec A, Kaczmarczyk M, Sawczuk M, et al. The AGT Gene M235T Polymorphism and Response of Power-Related Variables to Aerobic Training. Journal of Sports Science and Medicine. 2016;15(4):616-624.
5. Krivolapchuk IA. Optimization of the functional state of children and adolescents in the process of physical education. Grodno: Gr. PG; 2007.
6. Троестер, Карл А. (1950-2004). "Программа спортивного мастерства Бейб Рут". Журнал Американской ассоциации здоровья, физического воспитания и отдыха. 21 (4): 223–267. doi:10.1080/23267232.1950.10626190. ISSN 2326-7232.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЕСТА САН У ДЕВУШЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ОВАРИАЛЬНО– МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

А.В. Лаврентьева, Д.С. Ильюшенко - студенты 311 гр. лечебного факультета
Кафедра нормальной и патологической физиологии

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Научные руководители - преподаватель Я.А. Кутенко; преподаватель Е.С. Сукач

Актуальность Изменениям, происходящим в организме в различные фазы овариально-менструального цикла (ОМЦ), посвящено значительное количество работ, направленных на изучение синхронизации циркадных ритмов в интеграции важнейших биологических процессов и пагубности их рассогласования. Почти все физиологические показатели широко используются в клинике для диагностики заболеваний, связанных с изменением функционального состояния многих систем организма: вегетативной нервной системы, иммунных реакций, сердечно – сосудистой системы. Однако для разных функциональных показателей структура ритма, амплитуда, воспроизводимость ритма, стабильность фазы может значительно варьировать, причем характер этих вариаций часто зависит от состояния здоровья.

Таким образом влияние циркадных околонедельных ритмов на психофункциональное состояние девушек в различные фазы ОМЦ представляет значительный интерес на сегодняшний день.

Цель исследования провести корреляционный анализ показателей функционального состояния организма девушек с показателями теста САН в зависимости от фазы ОМЦ.

Материалы и методы исследования В настоящем исследовании приняло участие 50 девушек в возрасте от 18 до 22 лет, которые в зависимости от фазы ОМЦ (фолликулярная, лютеиновая) были разделены на две группы.

Исследование проводилось в будний и выходной день (среда и воскресенье) в утренние (8:00–12:00) и вечерние (20:00–22:00) часы.

При помощи электронного тонометра LD – 71 получены данные функциональных показателей: частота сердечных сокращений (ЧСС) в минуту, частота дыхательных движений (ЧДД) в минуту, систолическое и диастолическое давление (САД и ДАД). Показатели температуры тела получены при помощи ртутного термометра.

Для оценки психоэмоционального состояния использовался специализированный тест САН (Самочувствие, Активность, Настроение).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ «Statistica» 10.0. и MS «Exel». Коэффициент корреляции определялся ранговой корреляцией tau-Кендалла при $p < 0,05$.

Результаты исследования Исследуемые показатели психофункционального состояния девушек в период ОМЦ находились в пределах установленных норм.

В результате исследования были найдены статистически значимые корреляционные связи между показателями функционального состояния организма девушек и результатов теста САН.

В утренние часы буднего дня у девушек в период I фазы МЦ между показателем

«ЧСС», который составил $Me = 78$ (60; 96) уд/мин, найдена умеренная отрицательная связь с показателем «Настроение» $Me = 4,3$ (2,6; 6,4), $r = -0,46$, $p \leq 0,05$.

Положительная корреляционная связь средней силы наблюдалась между показателями «САД», который составил $Me = 110$ (90; 125) мм.рт.ст. и «Самочувствие» $Me = 4,2$ (3,2; 6,4), $r = 0,39$, $p \leq 0,05$.

У девушек в период II фазы МЦ между показателем «ДАД» $Me = 70$ (55; 81) мм.рт.ст. отмечается отрицательная корреляционная связь средней силы с показателем «Активность» $Me = 4,6$ (2,8; 6,1), $r = -0,46$, $p \leq 0,05$.

В вечерние часы буднего дня у девушек наблюдаются отрицательные корреляционные связи средней силы. В период I фазы МЦ показатель «ДАД», средний показатель которого составил $Me = 75$ (60; 88) мм.рт.ст., коррелировал с показателями «Самочувствие» $Me = 4,7$ (2,8; 6,5) и «Активность» $Me = 4,5$ (2,5; 6,1) при $r = -0,53$ и $r = -0,45$, $p \leq 0,05$ соответственно. При этом отмечается увеличение показателей «Самочувствие» на 11% и «Активность» на 6,6%. Однако у девушек в период II фазы МЦ средний показатель «Самочувствие» $Me = 4,3$ (2,9; 6,1) коррелирует с показателем «ЧСС» $Me = 77$ (66; 100) уд/мин, $r = -0,49$, $p \leq 0,05$. Таким образом у девушек в период II фазы МЦ показатель «Самочувствие» увеличивается на 5%, $p = 0,041$.

В утренние часы выходного дня у девушек в период I фазы МЦ между показателем «ЧСС», который составил $Me = 78$ (56; 95) уд/мин, найдена отрицательная корреляционная связь с показателем «Активность» $Me = 4,0$ (2,4; 6,2), $r = -0,39$, $p \leq 0,05$.

У девушек в период II фазы МЦ между показателем «Активность», средний показатель которого составил $Me = 4,1$ (2,0; 6,1), найдена положительная корреляционная связь средней силы с показателем «ЧДД» $Me = 16$ (11; 19) д/мин, $r = 0,48$, $p \leq 0,05$ и отрицательная корреляционная связь средней силы с показателем «ДАД» мм.рт.ст., средний показатель которого находился в пределах $Me = 70$ (55; 86), $r = -0,58$, $p \leq 0,05$.

В вечерние часы выходного дня статистически значимых корреляционных связей у девушек в период I фазы МЦ не выявлено. Однако у девушек в период II фазы между показателем «ДАД» $Me = 70$ (60; 89) мм.рт.ст. выявлена умеренная отрицательная связь с показателями «Самочувствие» $Me = 4,9$ (1,8; 6,4), $r = -0,53$, $p \leq 0,05$ и показателем «Настроение» $Me = 5,5$ (1,8; 6,7), $r = -0,51$, $p \leq 0,05$. Таким образом у девушек в период II фазы МЦ наблюдается увеличение показателей «Самочувствие» на 4 % и «Настроение» на 15%, $p = 0,01$.

Отличительной особенностью корреляционного анализа является связь у девушек в период II фазы МЦ показателя « $t^{\circ}C$ », средний показатель которого составил $Me = 36,8$ (36; 37,5) $^{\circ}C$, с показателями «Самочувствие» $Me = 4,7$ (2,2; 6,9) и «Настроение» $Me = 4,3$ (2,9; 6,1),

$r = -0,365$ и $r = -0,37$, $p \leq 0,05$ соответственно.

Выводы Таким образом, выявлены взаимосвязи функционального состояния организма девушек с показателями САН в разные фазы цикла, рассчитаны коэффициенты корреляции между показателями САН и показателями гемодинамики в будние и выходные дни. Корреляционные связи показателя температуры и теста САН найдены только у девушек 2 фазы цикла. Следует помнить, что коэффициенты корреляции способны отражать лишь степень линейной связи, в то время как сложные механизмы гуморальной регуляции, как правило нелинейные. Поэтому в данном направлении перспективны исследования с привлечением методов нелинейной динамики.

Применение хронобиологического подхода лежит не только в основе оценки здоровья девушек, но и позволяет сформировать подход для разработки и внедрения современных оздоровительных технологий для профилактики и лечения дисфункциональных отклонений.

ТЕМПЕРАМЕНТ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ

В.В. Ванюков – студент 3 курса лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научный руководитель – д-р. мед. наук, проф., зав. каф. И.А. Булатова

Актуальность. Изучение работоспособности студентов представляет особый интерес в связи со стремительным развитием науки и техники во всем мире. Человеку приходится все активнее адаптироваться к быстро меняющимся условиям среды, в том числе к объемному потоку информации. Особенно интересен вопрос участия темперамента в динамике работоспособности студентов.

Цель исследования. Изучить влияние определенных типов высшей нервной деятельности и их параметров на динамику показателей умственной работоспособности студентов в течение рабочего дня.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 40 студентов ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера средним возрастом $20,36 \pm 0,34$ лет. Исследование проводилось с использованием Личностного опросника Айзенка (EPQ-R) и посредством Корректирующей пробы В.Я. Анфимова-Б. Бурдона.

Статистическая обработка проводилась с целью анализа различий между несколькими группами испытуемых с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2019 и программного пакета IBM SPSS Statistics 26. Исследуемые группы сравнивались между собой согласно средней величине M , стандартному отклонению (SD), для выявления корреляции данных между группами применялся параметрический t-критерий Стьюдента, а

для поиска созависимости данных в каждой исследуемой группе был использован непараметрический критерий Фридмана. Различия между группами выборки и данными внутри этих групп считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У студентов-флегматиков отмечается стабильно низкая степень подвижности нервных процессов до отсутствия занятий ($M=1,65$) и во время учебного процесса ($M=1,65$), однако резко возрастает после завершения интенсивной умственной активности ($M=1,87$). У обследуемых с сангвиническим типом подвижность нервных процессов постепенно возрастает и достигает максимального значения после учебного процесса ($M=1,83$). У меланхоликов же данные показатели снижаются на пике умственной активности ($M=1,59$) и резко возрастают к ее завершению ($M=1,73$). Студенты-холерики отличаются относительной стабильностью подвижности нервных процессов, за исключением незначительного снижения показателей во время учебного процесса ($M=1,67$).

Наивысшая суммарная продуктивность отмечается у сангвиников, при этом коэффициент продуктивности у таких студентов возрастает к моменту пиковой умственной активности ($M=16,86$) и практически не изменяется на протяжении всего дня. Наименьшая суммарная продуктивность выявлена у меланхоликов с самым низким показателем ($M=11,64$) до начала учебного процесса. У них наблюдается рост и достижение пика продуктивности в момент учебных занятий, а после активной умственной деятельности к вечеру снижается. Точно таким же образом изменяются коэффициенты продуктивности у студентов-холериков и флегматиков, однако по сравнению с меланхоликами эти показатели значительно выше.

Статистически значимые различия наблюдаются при исследовании параметра оценки работоспособности по количеству знаков, просмотренных за 4 минуты и совершенных за это же время ошибок. До начала учебного процесса разница в показателях совершенных ошибок наблюдается между флегматиками и меланхоликами ($p=0,028$), сангвиниками и меланхоликами ($p=0,016$), меланхоликами и холериками ($p=0,028$). Отсюда следует, что наибольшее число ошибок допустили студенты-меланхолики, они менее внимательны утром. При этом различия в среднем количестве ошибок за 4 и 2 минуты (показатели Y_{500} и $Y_1(200)$ соответственно) отмечается у сангвиников и меланхоликов ($p=0,024$, $p=0,013$). Студенты меланхолического типа темперамента имеют самый высокий средний показатель ошибок за 4 минуты (Y_{500}) ($M \pm SD = 6,65 \pm 3,62$).

После учебного процесса разница в показателях совершенных ошибок наблюдается между флегматиками и сангвиниками ($p=0,004$), флегматиками и меланхоликами ($p=0,004$). Отсюда следует, что наименьшее число ошибок допустили студенты-флегматики, они более внимательны вечером, нежели меланхолики. При этом различия в среднем количестве

ошибок за 4 минуты (показатель У500) отмечается у флегматиков и меланхоликов ($p=0,013$). Студенты флегматического типа темперамента имеют самый низкий средний показатель ошибок за 4 минуты (У500) ($M\pm SD=3,18\pm 2,64$). Из всего этого следует, что самыми внимательными в рамках работоспособности после пика умственной активности являются студенты-флегматики, а самыми невнимательными в течение всего дня – меланхолики.

При оценке продуктивности умственной активности статистически значимые различия отмечаются у сангвиников и меланхоликов ($p=0,046$) во время учебного процесса. У студентов сангвинического типа темперамента продуктивность в момент активного обучения днем в разы выше ($M\pm SD=16,86\pm 3,75$), чем у меланхоликов ($M\pm SD=13,06\pm 3,72$). У сангвиников и холериков статистически значимых различий обнаружить не удалось ни по одному из оцениваемых параметров.

При оценке динамики показателей подвижности нервных процессов и продуктивности умственной активности у студентов в течение дня внутри обследуемых групп обнаружены значительные статистически достоверные изменения продуктивности работоспособности только у флегматиков ($p=0,017$). У таких студентов наименьшая продуктивность наблюдается перед началом учебного процесса ($M\pm SD=11,60\pm 2,11$), позже она резко повышается (во время активного обучения) ($M\pm SD=15,23\pm 3,54$) и статистически незначимо ($p=0,583$) снижается к концу рабочего дня. У меланхоликов, сангвиников и холериков статистически значимых изменений показателей не наблюдается.

Помимо этого, анализу подвергался характер изменений работоспособности. У флегматиков в период с пробуждения до пика умственной активности наблюдается снижение работоспособности (за счет преобладания процессов возбуждения при ослаблении активного торможения) (1 фаза утомления) (в 60% случаев), а уже после занятий (вечером) происходит постепенное повышение умственной работоспособности (в 60% случаев). У сангвиников сначала снижается работоспособность (за счет преобладания процессов возбуждения при ослаблении активного торможения) (1 фаза утомления) (50%) и далее не меняется на протяжении всего дня, находится в той же фазе (50%). Совершенно иным образом происходит у меланхоликов. У студентов с таким темпераментом с утра до момента пиковой умственной активности отмечается постепенное повышение умственной работоспособности (40% случаев), а затем после занятий работоспособность снижается (за счет преобладания процессов возбуждения при ослаблении активного торможения) (1 фаза утомления) (60%). Такое же повышение умственной работоспособности (40% случаев) наблюдается и у холериков в первой половине дня, а уже затем работоспособность снижается (за счет преобладания процессов возбуждения при ослаблении активного торможения) (1 фаза утомления) (40%).

Выводы.

1. Наивысшая работоспособность наблюдается у холериков и сангвиников. Для них характерны высокие продуктивность работы и степень подвижности нервных процессов. Наименьшие показатели продуктивности умственного процесса и подвижности нервных процессов наблюдаются у меланхоликов. У флегматиков наравне с низкой работоспособностью и низкими показателями подвижности нервных процессов до пикового момента умственной активности происходит снижение работоспособности из-за преобладания процессов возбуждения, а после учебного процесса происходит повышение умственной работоспособности.

2. Работоспособность напрямую зависит от типа высшей нервной деятельности и качества подвижности нервных процессов у флегматиков и меланхоликов. Сангвиники и холерики по данным оценки изменения характера работоспособности являются наиболее подвижными (с высокой продуктивностью работоспособности), чем меланхолики и флегматики, но менее работоспособными, чем студенты флегматического типа темперамента.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ЭМБОЛИИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ

М.В. Лашук – студентка 2320 гр. педиатрического факультета
Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Научный руководитель: ассистент Н. В. Ткаченко

Актуальность. Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) – инвазивный метод искусственного замещения газообменной функции легких – является специальным методом лечения, при котором используется высокотехнологичное оборудование. Система ЭКМО представляет собой “искусственные сердце и легкие”, и используется в ситуациях, когда функциональных возможностей дыхательной и сердечно-сосудистой систем не достаточно для поддержания нормальной жизнедеятельности организма. Существует два типа системы ЭКМО: вено-венозная и вено-артериальная. Вено-венозная применяется для поддержания респираторной функции организма, в то время как вено-артериальная поддерживает еще и гемодинамику. Являясь самым современным методом, ЭКМО – наиболее эффективный метод лечения острой дыхательной недостаточности в ситуациях, когда другие методы, такие как ИВЛ, нерезультативны. Одним из показаний для применения ЭКМО, служит состояние, развивающееся в результате эмболии околоплодными водами.

Эмболия околоплодными водами (ЭОВ) – серьезное осложнение беременности, нередко приводящее к летальному исходу. Частота встречаемости данного состояния составляет 1,9-6,1 на 100,000 родоразрешений [1], на сегодняшний день в мировой практике описаны единичные случаи спасения жизни таким пациентам.

Цель исследования: представление клинического случая использования системы ЭКМО в послеродовом периоде у пациентки с кардиопульмональным шоком на фоне эмболии околоплодными водами. Сбор и обобщение информации по применению системы ЭКМО.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе РНПЦ Мать и дитя”. Был проведен анализ клинического случая и медицинской документации (данных физикальных и функциональных обследований, результаты лабораторных исследований) стационарной больной в тяжелом состоянии, обусловленным эмболией околоплодными водами в послеродовом периоде.

Результаты исследования. Пациентка В. 1993 года рождения поступила в стационар для родоразрешения. Родоразрешение было выполнено путем кесарева сечения. В послеродовом периоде состояние пациентки резко ухудшилось, ввиду эмболии околоплодными водами. Патологическим механизмом развития такого серьезного осложнения беременности, как эмболия околоплодными водами, является иммунный ответ организма матери на попадание плодных антигенов в центральный кровоток. В результате выделяется большое количество эндогенных медиаторов воспаления, что сопровождается нарушением функций респираторной и сердечно-сосудистой систем, а также активируется система свертывания крови. Описанные механизмы привели к развитию ДВС-синдрома и кардиопульмональному шоку, в связи с чем пациентка была направлена в отделение анестезиологии и реанимации. Было принято решение о переводе пациентки на экстракорпоральную мембранную оксигенацию. Сразу была подключена вено-артериальная система ЭКМО. Данный тип системы был выбран, поскольку пациентка нуждалась не только в поддержании респираторной функции, но и в поддержании гемодинамики. На следующий день была выполнена септостомия с целью сброса крови из правого предсердия, а также была выполнена операция по дренированию левого желудочка для предотвращения застоя крови в полости ЛЖ. Для восстановления насосной функции сердца была установлена система внутриартериальной баллонной контрпульсации (ВАБК). С течением времени показатели улучшились и через десять дней была удалена система ЭКМО и дренаж ЛЖ, выполнена септопластика. На день позже, была удалена система ВАБК. Функциональные показатели респираторной и сердечно-сосудистой системы отмечались на нормальных уровнях. Пациентку стабилизировали в течение шести дней и в удовлетворительном

состоянии перевели в местную больницу.

Поскольку система ЭКМО представляет собой инвазивный метод жизнеобеспечения, не исключено развитие осложнений. Среди наиболее частых и опасных можно выделить следующие: занесение инфекции, тромбоцитопения, нарушение работы свертывающей и противосвертывающей систем, и как следствие тромбозы и кровотечения.

Выводы:

1. Применение системы ЭКМО дает положительные результаты в лечении состояний, связанных с ЭОВ.
2. Ввиду индивидуальных особенностей пациентов, следует учитывать возможные последствия применения системы ЭКМО.

ПАТОГЕНЕЗ СЕНСОРНОЙ И КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ ИНФЕКЦИИ SARS-CoV-2

**Е.С. Грибок – студент гр. 1314 лечебного факультета,
А.В. Борисевич – студент гр. 1331 лечебного факультета**
Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
Научный руководитель - канд. мед. наук, доц. Э.Н. Кучук

Актуальность. В настоящее время коронавирусная инфекция является одним из самых распространённых вирусных заболеваний, возбудителем которого является одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству Coronaviridae, линии Beta-CoV В. Инфекция SARS-CoV-2 имеет индивидуальные особенности проявления клинических симптомов и последствий. Временная потеря обоняния или anosmia представляет собой важный неврологический симптом и один из самых ранних и наиболее часто регистрируемых проявлений COVID-19. Также инфекция вызывает и иные неврологические нарушения: дисгевзию, бессонницу, снижение скорости мышления и концентрации, алопецию. На сегодняшний день, несмотря на широкую распространённость нейросенсорных нарушений механизмы, которые приводят к данным состояниям, окончательно не выяснены.

Различают два типа нарушения обоняния: кондуктивный и нейросенсорный.

При развитии нарушения обоняния по нейросенсорному типу можно выделить следующие механизмы его реализации:

- Прямое повреждение коронавирусом обонятельных рецепторных клеток.
- Молекулярно-клеточный механизм проникновения вирусов из семейства Coronaviridea в центральную нервную систему.

- Повреждение нейронов обонятельных базальных клеток.
- Изолированное поражение черепных нервов путем проникновения SARS-CoV2 через гематоэнцефалический барьер, поврежденный в результате цитокинового шторма.
- Поражение центральной нервной системы.

Дисгевзия имеет кондуктивный и нейросенсорный тип нарушения. В основе кондуктивного типа лежит воспалительная реакция. При нейросенсорном типе нарушения восприятия вкуса выделяют следующие механизмы:

- Прямое повреждение ACE2-экспрессирующих клеток вкусовых рецепторов и периферических вкусовых нейросенсорных хеморецепторов.
- Изолированное поражение черепных нервов.
- Хелатирование цинка через иммунные механизмы может привести к острой гипоцинкемии или к изменению клеточного гомеостаза цинка во вкусовых клетках полости рта в результате заражения вирусом SARS-CoV-2.

Нарушение памяти на фоне коронавирусной инфекции происходит вследствие нейровоспалительных изменений в белом веществе головного мозга. Повышенный уровень воспалительных хемокинов у пациентов с длительным течением COVID-19 напрямую способствовал повышенной реактивности микроглии белого вещества, особенно в гиппокампе, отвечающем за обучение и память.

Цель исследования

Охарактеризовать механизмы, лежащие в основе обонятельной и иных нейросенсорных дисфункций у молодых людей, перенесших инфекцию SARS-CoV-2.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ современных научных литературных данных, содержащих информацию о механизмах нарушения рецепции и восприятия запахов и иных влияниях инфекции SARS-CoV-2 на работу нервной системы.

С использованием специально разработанной анкеты был проведён опрос студентов белорусских ВУЗов в возрасте от 17 до 24 лет. В опросе приняло участие 208 человек, перенёсших инфекцию SARS-CoV-2, сопровождающуюся нарушением обоняния и наличием иных нейросенсорных функций у респондентов.

Результаты исследования

По результатам анализа полученных данных было установлено следующее.

У 57,7% участников исследования диагноз SARS-CoV-2 был верифицирован лабораторным тестированием, у 42,3% установлен клинически врачом государственной организации здравоохранения.

Среди участников опроса, прошедших полный курс вакцинации, только 11,5%

перенесли заболевание в средней степени тяжести, у остальных 88,5% наблюдалась лёгкая форма течения заболевания.

Нарушение обонятельной функции проявлялось в следующих формах:

- аносмия (56,7%);
- гипосмия (22%);
- паросмия (15,9%);
- обонятельные галлюцинации (5,4%).

Первые признаки нарушения обонятельной функции у 35,3% респондентов проявились в разгар заболевания, у 33,5% – на продромальном этапе, по 15,6% во время инкубационного периода и периода реконвалесценции.

Помимо этого респонденты отмечали следующие сопутствующие нарушения физиологических функций:

- нарушение восприятия вкуса (30,1%);
- периодические головные и мышечные боли (44,8%);
- нарушения памяти, снижение скорости мышления и концентрации (56,8%);
- бессонница (23,5%).

Среди респондентов, отметивших развитие паросмии и обонятельных галлюцинаций, у 57% наблюдалась сопутствующая дисгевзия, в 54% случаев отмечалось снижение скорости мышления и уровня концентрации внимания (у 20% респондентов данные симптомы сочетались). Т.о., можно предполагать вовлечение в патологический процесс, связанный с вирусом SARS-CoV-2, структур центральной нервной системы, ответственных за формирование сенсорных и высших психических функций. При изолированной аносмии скорее можно предполагать поражение периферического отдела нервной системы, поскольку участники опроса не сообщили о иных сопутствующих неврологических проявлениях.

При ощущении необычных запахов большинство респондентов (56,3%) отмечали их преимущественно неприятный характер.

У респондентов, у которых была полностью восстановлена обонятельная функция, процесс реабилитации варьировал от нескольких дней до года. Среди участников, у которых на момент проведения исследования полностью восстановились все нарушенные физиологические функции, включая обоняние, было отмечено, что у 61,4% респондентов в первую очередь произошло восстановление обоняния, раньше, чем иных нарушенных функций. Однако, следует отметить, что значимых различий по срокам восстановления обоняния и иных нарушенных физиологических функций выявлено не было (Хи-квадрат = 0.25149, $p > 0,05$).

Выводы. Изучены механизмы нарушения обоняния в белорусской популяции

молодых людей (159 девушек и 49 юношей) от 17 до 24 лет. У большинства респондентов нарушение обоняния развивалось преимущественно в продромальный период и разгар заболевания. Преобладающим видом обонятельной дисфункции в изученной группе респондентов является аносмия. Нарушение обоняния имеет вариативные проявления и зачастую сопровождается нарушением иных сенсорных и высших психических функций. Это может указывать на вовлечение в механизмы нарушения обонятельной функции не только периферических, но и центральных отделов обонятельной сенсорной системы, а также иных отделов центральной нервной системы, вовлеченных в реализацию иных сенсорных и высших психических функций.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Е.В. Лебецкая, Е.С. Букина – студенты 1434 гр. лечебного факультета
Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Научный руководитель - канд. мед. наук, доц. Э.Н. Кучук

Актуальность. В 2019 году началась пандемия COVID-19 с более чем 683 миллионами зараженных и 6,8 миллионами погибших. Причиной её явился неизвестный до текущего времени SARS-CoV-2, который благодаря своей способности к быстрому мутированию захватил весь земной шар. На текущий момент осведомленность о неблагоприятном влиянии сердечно-сосудистых заболеваний и наличии повышенной массы тела на прогноз исхода заболевания растёт.

Цель. Выяснить влияние коронавирусной инфекции на гематологические показатели у пациентов на момент их поступления в стационар, а также изучить распределение некоторых физических параметров и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний у данных пациентов с целью предположения наиболее значимых факторов риска.

Материалы и методы исследования. В ходе выполнения научной работы были изучены и проанализированы показатели общего анализа крови, маркеры воспаления в биохимическом анализе крови, гемостазиограммы при поступлении. Кроме того, проанализирована возрастная структура, индекс массы тела пациентов с COVID-19 и имеющиеся у них сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы. Решение поставленных в работе задач осуществлялось путём применения общенаучных методов исследования с помощью статистического и сравнительного анализа результатов лабораторных исследований пациентов при поступлении в стационар, госпитализированных в УЗ 4 ГКБ г. Минска в 2021-2022 годах. В исследование вошли 50 пациентов, из них 33

женщин и 17 мужчин.

Результаты исследования. У 10 пациентов (20%) показатель АЧТВ выявлен повышенным относительно нормы. Нормальные значения (25,4 – 36,9 с) были у большинства пациентов (66%). В то время как снижен данный показатель был лишь у 7 пациентов (14%). При исследовании показателя ПВ было выявлено, что у 14 пациентов данный показатель был повышен относительно нормы (9,4-12,5 с). Нормальные значения были установлены у 35 пациентов (70%). В то время как снижение данного показателя наблюдалось лишь в 2% случаев. МНО был понижен в 18% случаев, в то время как повышенное его значение наблюдалось лишь в 12% случаев. Нормальные значения (0,9-1,2) в 70% случаев. В системе тромбоцитов выявлена тромбоцитопения в 24 % случаев. Нормальное значение ((150-450) * 10⁹ клеток/л) наблюдается в большинстве случаев, а именно в 74%. Лишь у одного пациента выявлен незначительный тромбоцитоз (451 * 10⁹ клеток /л). В целом тромбоциты в пределах нормы (рис. 1).

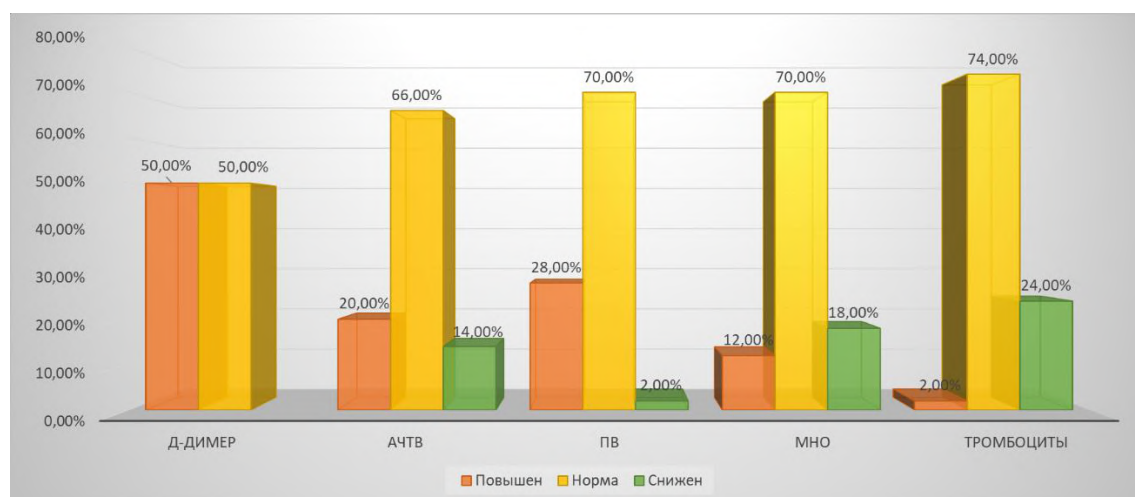


Рисунок 1 – Система гемостаза при COVID-19

Содержание фибриногена у пациентов при поступлении составило $5,486 \pm 1,364$ г/л. Нормальные значения (2,76 - 4,71 г/л) были только у 19 пациентов (38%), у 31 пациентов (62%) значение превышало установленную норму. В то время как гипофибриногенемия (менее 2,76 г/л) вовсе не наблюдалась. При анализе взаимосвязи нарушений содержания фибриногена с другими показателями выявлена статистически значимая корреляция ($p < 0,05$) заметной степени ($r = 0,52$) с содержанием С-реактивного белка при поступлении. Была выявлена корреляция слабой степени между содержанием D-димера и фибриногена ($r = 0,24$; $p < 0,05$).

Лейкоцитоз был выявлен в 20% случаев, в то время как лейкопения в 18%. У

остальных 31 пациентов (62%) наблюдаются нормальные значения лейкоцитов ($(4,00 - 9,00) \cdot 10^9$ клеток/л). У значительной части пациентов выявлена абсолютная лимфопения в 48% случаев. Нормальные значения наблюдаются у 52% пациентов. Нейтрофилия была выявлена у 26% пациентов, в то время как нормальные значения наблюдались в 62% случаев. Снижение уровня нейтрофилов (нейтропения) было выявлено в 12% случаев (рис. 2).

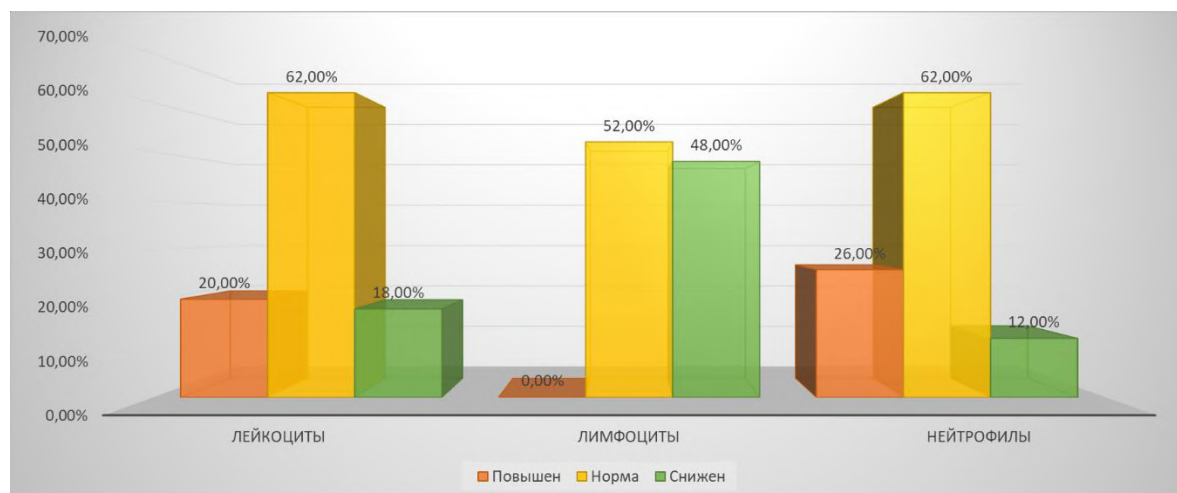


Рисунок 2 – Состояние защитных клеток крови

При рассмотрении возрастной структуры было отмечено то, что пациенты в возрасте от 60-69 лет (22%) и пациенты в возрасте от 70-79 лет (26%) заняли лидирующие позиции. Пациенты в возрасте от 50-59 лет составили 18%, в то время как пациенты в возрасте от 30-49 лет 12%. В возрасте от 80-89 лет заняло 16%. Также три пациента находились в возрасте от 90-99 лет.

При рассмотрении структуры индекса массы тела (ИМТ) человека было получено следующее. Нормальный ИМТ регистрировался в 26% случаев. Ожирение 1 степени в 35% случаев, в то время как ожирение 2 степени отмечается в 18%. Ожирение 3 степени в 16%, в то время как кахексия лишь у одного пациента (2%). Ожирение 4 степени в 3% случаев.

Выводы. В совокупности все отмеченные изменения указывают на типичную картину коагулопатии, ассоциированной с COVID-19, что определяет возможные осложнения данного заболевания, такие как тромбоэмболия легочной артерии, тромбоз микроциркуляторного русла, что в конечном счете приводит к повышению риска смерти таких пациентов. Следует также подчеркнуть тот факт, что большему риску заболевания подвержены люди с сердечнососудистыми заболеваниями, повышенным индексом массы тела и пожилого возраста.

**ВОЗМОЖНОСТЬ ГАПЛОИДЕНТИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ
ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ**
А.С. Пунинская – студентка группы 2304 педиатрического факультета
Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

**ГУ «Республиканский научно-практический центр
детской онкологии, гематологии и иммунологии»*

Научные руководители - канд. биол. наук Т.В. Шман, ст. преп. С.Н. Чепелев

Актуальность. Гаплоидентичная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (гапло-ТГСК) – разновидность аллогенной трансплантации, при которой используется частично совместимый родственный донор. В настоящее время гапло-ТГСК используется как метод лечения острых и хронических болезней крови у детей в случаях, когда отсутствует доступный совместимый донор. При проведении гапло-ТГСК риск осложнений (в частности, реакций трансплантата против хозяина – РТПХ) выше, чем при проведении аллогенной трансплантации от совместимого донора. Для уменьшения риска посттрансплантационных осложнений при гапло-ТГСК используются различные подходы:

- 1) Модификация клеточного состава трансплантата (селекция CD34+ стволовых клеток, удаление из трансплантата Т- и В-клеток).
- 2) Использование неманипулированного трансплантата с введением циклофосфида после ТГСК.

Цель: проанализировать основные параметры и результаты проведенных гаплоидентичных ТГСК, оценить частоту реакции трансплантат против хозяина в зависимости от варианта используемого трансплантата.

Материалы и методы. Был проанализирован 51 случай гаплоидентичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии» в период с 1999 по 2022 года, при этом отмечается увеличение частоты использования гаплоидентичной трансплантации в последнее время. Пациенты, которым была проведена гапло-ТГСК, разделены на 3 группы (в зависимости от манипуляций, проводимых с клетками).

- 1-ая группа – трансплантация стволовых клеток с селекцией CD34+.
- 2-ая группа - трансплантация клеток с CD3/CD19 или α, β -CD3/CD19 деплецией.
- 3-ая группа – трансплантация цельного костного мозга с последующим применением циклофосфида.

Среди трех групп оценивалось приживление, наличие острой и хронической РТПХ, исход трансплантации. Расчеты проводились в программах Microsoft Excel и Statistica 10.

Результаты исследования. Основные заболевания пациентов, которым была проведена гапло-ТГСК: острый лимфобластный лейкоз, острый миелобластный лейкоз, лимфома Беркитта, апластическая анемия, первичные иммунодефициты.

Проанализированы случаи гаплоидентичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии» в период с 1999 по 2022 гг. При этом способы манипуляций в разные периоды несколько отличаются.

Так с 1999 по 2008 года в основном применялась селекция CD34+, 2011-2018 гг. – удаление из трансплантата Т- и В-клеток, 2019-2022 гг. – использование неманипулированного трансплантата с введением циклофосфамида после ТГСК.

Приживление среди группы пациентов с селекцией CD34+ составило 33%, с CD3/CD19 и α,β -CD3/CD19 деплецией – 100%, при использовании цельного костного мозга – 94%.

Частота острой РТПХ 2-4 степени при CD34+ селекции составила 0 %, при деплеции Т- и В-клеток – 16%, при использовании неманипулированного трансплантата – 27%.

Хроническая РТПХ отсутствовала при селекции CD34+ стволовых клеток, при α,β -CD3/CD19 деплеции в 18% случаев наблюдалась распространенная хроническая реакция, такая же реакция наблюдалась в 40% при пересадке цельного костного мозга.

При использовании клеток с селекцией CD34+ смертность составила 50%, α,β -CD3/CD19 – 66%, при использовании неманипулированного трансплантата с введением циклофосфамида после ТГСК – 60%.

Выводы. По результатам исследования можно сделать выводы о том, что:

- 1) При проведении гаплоидентичной ТГСК наилучшее приживление трансплантата наблюдается при удалении из трансплантата Т- и В-клеток;
- 2) Использование трансплантата с селекцией CD34+ стволовых клеток позволяет уменьшить риск возникновения острой и хронической РТПХ;
- 3) Трансплантация неманипулированного костного мозга наиболее часто сопровождается острой РТПХ 2-4 степени и распространенной формой хронической РТПХ.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ИТОГИ ИНТРОДУКЦИИ GLYCINE MAX В КУМТОРКАЛИНСКОМ РАЙОНЕ (НОВОСТРОЙ, НОВОЛАКСКИЙ РАЙОН) ДАГЕСТАНА ЗА 2021 ГОД

К.Н. Мирзабекова - студентка третьего курса лечебного факультета

Кафедра медицинской биологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.б.н., профессор, зав.кафедрой А.М. Магомедов

Актуальность. Соя – уникальная и экономически важная культура. Исключительность ее среди всех других полевых культур обусловлена богатым биохимическим составом семян. Особенно ценно наличие в продуктах из сои малораспространенных в других пищевых продуктах витаминов группы В, Д, и Е, иначе называемых витаминами антистарения и долголетия. Общий объем мирового производства сои в 2020 году составил 353,5 млн тонн, а предполагаемая посевная площадь составила 127,0 млн га. За последние 15 лет объемы производства сои в мире удвоились, то есть ежегодный средний прирост их составил 7%. Таких темпов увеличения производства не было в истории земледелия ни по какой-либо другой культуре. Соя – одна из немногих культур, по которой очень велика доля экспорта. В 2017 году Россия собрала 3,6 млн тонн собственной сои и завезла 2,2 млн тонн (на \$968 млн, по данным ФТС) из-за рубежа, в основном из Бразилии и Парагвая. Минсельхоз России в отраслевой программе «Развитие производства и переработки сои в Российской Федерации на 2015-2020 годы» прогнозировал рост производства этой культуры к 2020 году до 7,2 млн тонн. Белок сои в 14 раз дешевле молочного и 21 раз – мясного. В то же время общепризнанно, что соя снижает содержание холестерина в крови, зависимость диабетиков от инсулина, нормализует работу нервной системы, желудочно-кишечного тракта, почек, печени. и.т.д. Например, лекарство «Эссенциале» получают из сои. Из растений сои, ее бобов, зерна, шротов, белкового концентрата производят более 400 видов изделий, ее белок и масло используют более чем в 1000 пищевых продуктах

Цель. Для успешного решения проблемы продовольственного и кормового белка необходима целенаправленная работа по созданию, районированию и внедрению в производство высокопродуктивных сортов сои, приспособленных к разнообразным условиям региона, а также изучение биологии и генетического потенциала культуры и разработка элементов технологии возделывания.

По мнению многих исследователей, Северный Кавказ может стать крупным сосеющим регионом в Российской Федерации, способным производить соевого зерна на

уровне прежнего всероссийского объёма (600-800 млн тонн).

Материал и методы исследования. Материалом исследований послужили 8 сортообразцов *Glycine max*, семена которых были получены в 2021 году из Всероссийского института растениеводства (ВИР) им. Н.И.Вавилова (г.Санкт-Петербург). Результаты интродукционных испытаний сортообразцов этого вида представлены в табл. 1.

Исследования сопровождалась наблюдениями, лабораторно-полевыми анализами и фенологическими наблюдениям. Учеты при изучении образцов различного эколого-географического происхождения производились согласно общепринятой методике отдела зерновых бобовых культур ВИР (1975), классификатору рода *Glycine* L. (1981), методическим указаниям по селекции и семеноводству сои (Корсаков Н.И., Мякушко Ю.П., 1975). **Результаты исследования.** Таблица № 1. Продуктивность сортов

Названия сорта и № каталога ВИР	Сред. выс. раст.	Выс. нижнего боба	Кол. бобов	Кол. семян	М.1000 сем.	Продуктивность ц/га
К-419 И black DB 2017 Китай	98,2	13,0	94,8	250	127,2	31,8
К-7960-0283 (DB-2018) Канада	110,0	22,0	58,0	113	108,8	12,3
К-8899 DB-1 2018	107,0	18,3	114,9	227	144,5	32,8
К-9064 Kanton-27 Япония ADK 201	77,0	14,0	41,0	43	65,1	2,8
К-9210 Адлер 2012	130	19	116	176	144,9	25,5
К-9229 DB-2018	69,5	14,2	42,5	188	105,8	19,9
К-10102 Kanton-47 Япония Адлер 2018	88,3	25,3	64	183	171,0	31,3
К-11486 Нидерланды	43,4	12,0	25,8	97	123,7	12,0

Как видно из таблицы №1 наиболее высокую продуктивность показал сорт К-8899 DB-1 2018 32,8 ц/га. Высокую продуктивность имели также сорта К-419 И black DB 2017 Китай 31,8 ц/га и 7 К-10102 Kanton-47 Япония 31,3 ц/га. Таким образом, если согласно литературным данным по урожайности в России лидируют Астраханская область 28,3 ц/га, Чеченская республика 25,8 ц/га, Брянская область 24,4 ц/га, Кабардино-Балкарская республика 22,4 ц/га, Краснодарский край 19,9 ц/г., то Дагестан по этим же показателям не уступает лидирующим областям России. В то же время наиболее низкие показатели были у сортов К-9064 Kanton-27 Япония 2,8 ц/га, К-11486 Нидерланды 12,0 ц/га, К-7960-0283 (DB-

2018) Канада 12,3 ц/га.

Результаты проведенных фенологических наблюдений показали, что изученные сорта вполне подходят для природно-климатических условий Дагестана. Так сорта: К-11486 Нидерланды; К-9064 Kanton-27 Япония АДК 201, и К-9229 DB-2018 созрели 5 и 23 августа соответственно. Сорта К-7960-0283(DB-2018) Канада, К-419 И black DB 2017 Китай и К-10102 Kanton-47 Япония созрели 12, 14 и 22 сентября соответственно. Только сортообразец К-9210 оказался позднеспелым и созрел 20 октября.

Выводы. Дагестан относится к тем регионам России, которая может обеспечить высокие показатели продуктивности такой актуальной культуры как соя – *Glycine hispida* тах и располагает всеми возможностями для производства пищевого и кормового растительного белка, что может полностью обеспечить население региона ценным продовольствием и лекарственным сырьем.



Рис.1 Период цветения сои.



Рис.2 Период бобообразования сои.

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ БИФИДОБАКТЕРИЙ КИСЛОМОЛОЧНЫХ НАПИТКОВ

Е.Е. Корнеева – студент 242 гр. педиатрического факультета

Кафедра микробиологии и иммунологии

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель – к.в.н., доцент С.Г. Аккузина

Актуальность. Обсуждая вопросы здорового питания, большее внимание стоит уделить органам ЖКТ, так как целью правильного питания является поддержание органов пищеварения в здоровом функциональном состоянии. Основную часть микрофлоры, как тонкого, так и толстого кишечника составляют бифидобактерии. Бифидобактерии - род грамположительных анаэробных бактерий, представляющих собой слегка изогнутые палочки (длиной 2 – 5 мкм), иногда ветвящиеся на концах, не образующие споры.

Наравне с другими представителями нормальной флоры кишечника, бифидобактерии принимают активное участие в пищеварении и всасывании. Они способствуют процессам ферментативного переваривания пищи, так как усиливают гидролиз белков, сбраживают углеводы, омыляют жиры, растворяют клетчатку, стимулируют перистальтику кишечника, способствуют нормальной эвакуации кишечного содержимого. Имеются сведения, что бифидобактерии являются "поставщиком" ряда незаменимых аминокислот, в том числе триптофана, способствуют синтезу витаминов, лучшему усвоению солей кальция, витамина D, обладают антианемическим, антирахитическим и антиаллергическим действием. Установлена их противоопухолевая, антимутагенная и холестеринметаболизирующая активность. В кишечнике взрослого человека с наибольшей частотой в биоценозе преобладают бактерии *B. bifidum*, *B. longum*, *B. adolescentis*, а преимущественно у детей грудного возраста,

B. breve, *B. infantis*.

Впервые пробиотики попадают в человеческий организм в первые часы жизни – вместе с молоком матери. В дальнейшем основным источником бифидобактерий становятся продукты питания, в том числе функциональные кисломолочные напитки. Технологическими штаммами бифидобактерий являются следующие *Bifidobacterium adolescentis*, *B. plantarum*, *B. bifidum*, *B. longum*, *B. breve*, *B. infantis*.

Цель работы. Изучить морфологических свойств бифидобактерий, выделенных из био йогурта.

Материалы и методы исследования. Выделение бифидобактерий из кисломолочного напитка проводили путем посева на среду Бифидум и культивирования при 37°C. Изучение морфологических свойств бифидобактерий осуществляли в динамике через 24, 48, 72, 96 часов. Микроскопировали окрашенные по Граму мазки в иммерсионную систему при увеличении в 1000 раз. Определение вида бифидобактерий проводили путем постановки полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты исследования. На бифидум среде через 24 часа зафиксировали рост бактерий в виде колоний похожих на «кометы». Бифидум среда при этом оставалась

прозрачной. Это указывает на присутствие чистого роста.

В поле зрения микроскопа присутствовали грамположительные палочки, располагающиеся скоплениями или арабскими цифрами «V, Y», некоторые палочки имели утолщения на концах.

При проведении ПЦР установили, что выделенный микроорганизм *Bifidobacterium bifidum*.

Изменение морфологических свойств бифидобактерий на бифидум среде отметили на 2 сутки выращивания. Зафиксировали изменение синего цвета палочек на сиреневый и появилась неоднородность зернистость в цитоплазме. Взаимное расположение палочек – только скоплениями и одиночное.

Через 72 часов культивирования повторно изготовлены мазки из колоний, окрашены по Граму и проведена микроскопия. Изменений окраски и морфологии бактерий не выявлено.

Через 96 часов палочки окрасились по Граму положительно, сиреное окрашивание исчезло, но палочки в скоплениях располагались параллельно друг другу, причем палочки стали короче и толще первоначальных.

Выводы. В результате бактериологических и молекулярно-биологических исследований из биойогурта выделены бифидобактерии вида *Bifidobacterium bifidum*. Выявлен факт наличия полиморфизма бифидобактерий при пересеве их на другую по составу питательную среду. Изменение морфологических и тинкториальных свойств бактерий проявляется уже на вторые сутки и возможно указывает на этап адаптации бактерий.

**ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ В ВОПРОСАХ ПРАВОВОГО
РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ КОРРУПЦИОННЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ**
А.А. Серегин – студент 2 группы 2 курса медико-профилактический факультет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – к.и.н., доцент Р.З. Симонян

Актуальность. В условиях ускоренного процесса социализации и усложнения взаимоотношений между людьми коррупция приобретает новые характеристики, нарушает нормальное функционирование организаций и входит в нашу жизнь как обязательный компонент. По данным МВД, в 2021 году в России зарегистрировано около 35 тысяч преступлений коррупционной направленности — на 14% больше, чем годом ранее. Непосредственно взяточничества касаются 18590 нарушений. Это получение взятки, ее дача

или посредничество. 35 тысяч - это только те коррупционные нарушения, которые удалось зафиксировать, а сколько их на самом деле. ВЦИОМ в 2020 году проводил исследование, в котором были вопросы, касающиеся коррупции в России. На вопрос «Какие проступки нельзя оправдать?» на 2 месте был вариант ответа «взяточничество», и он стоял наравне с наркоманией, расизмом, но при этом каждый 10-й опрошенный полагает, что взятки иногда допустимы, а каждый 20-й относится к ним снисходительно. На вопрос «Каковы причины высокой коррупции» самые популярные ответы были «безнаказанность и попустительство властей» и «менталитет и исторический опыт». Вариант «несовершенство закона» стоял в числе последних. Но несмотря на это мы решили рассмотреть именно этот вопрос [1].

Цель. узнать и проанализировать уровень осведомленности студентов в вопросах правового регулирования в сфере коррупции, а также их мнение об ужесточении наказания за преступления, указанные в статьях 290 и 291 Уголовного Кодекса РФ.

Материалы и методы исследования. В ходе данного исследования применялся метод анонимного анкетирования и было опрошено 206 студентов Курского Государственного Медицинского университета разных факультетов. Тестирование проходило на платформе GoogleForms.

Результаты исследования. Среди опрошенных 77,7% это молодые люди в возрасте от 17 до 21 года, 16,5% это 22 – 27 лет. Сначала мы задали студентам вопросы, которые проверяли их знания о видах юридической ответственности за коррупционные правонарушения. Первый вопрос звучал так: «Какие виды ответственности существуют за коррупционные правонарушения». 73 студента смогли дать верный ответ, указав административную, уголовную, дисциплинарную, гражданско – правовую виды ответственности. Второй вопрос касался примечания статьи 290 У РФ о размере взяток в РФ, и здесь верно ответили 143 человека, указав значительный, крупный и особо крупный размер взяток. Также мы спросили у студентов, знакомы ли они со статьями 290 и 291 УК РФ [2]. Со статьей 290 УК РФ знакомы 113 респондентов, со статьей 291 УК РФ, знакомы 104 респондента. Далее мы предлагали нашим респондентам ситуационные задачи, касающиеся упомянутых статей. Первая задач звучала так: «Гражданин К через посредника дал взятку гражданину Н. Кого можно привлечь к юридической ответственности, в том числе и к уголовной», и 64,3% ответили верно. Вторая задача: «Гражданин К дал взятку гражданину Н. Гражданин Н добровольно сообщил об этом в полицию и активно способствовал раскрытию и (или) расследованию преступления. Кого можно привлечь к уголовной ответственности». Верно ответили 58,7%, указав, что только гражданина К. Третья, не менее интересная задача, звучала так «Гражданин К дал взятку в размере 2000 рублей гражданину Н. Считается ли это взяткой и можно ли привлечь к юридической ответственности» и 51,5% опрошенных

ответили так: «Считается взяткой, если гражданин Н является должностным лицом и находился в момент передачи указанной суммы при исполнении своих должностных обязанностей». Еще 2 вопроса мы посвятили опыту наказания за коррупцию в других странах. 136 человек знают, что в Китае за взятку могут приговорить к смертной казни, 94 респондента знают, что в Канаде только за согласие получить взятку (например, судья или представитель государственной власти) могут привлечь к юридической ответственности до 14 лет. Мы спросили: «Как вы считаете, смертная казнь за коррупцию - это действенный метод», и 44,2% опрошенных ответили положительно. И последние 2 вопроса касались того, что следует ли ужесточить уголовное наказание за дачу и получение взятки, на эти вопросы утвердительно ответили 135 человек.

Выводы. Таким образом, примерно каждый 2 студент не достаточно хорошо ориентируется в правовом регулировании и видах наказания за правонарушения в сфере коррупции и просто не знает, какое наказание может наступить за получение или дачу взятки. Несмотря на это респонденты все-таки считают нужным ужесточить наказание по статьям 290 и 291 УК РФ.

Список литературы

1. Коррупция в России и мире — в шести графиках // kommersant URL: <https://www.kommersant.ru/doc/5708590?ysclid=lfffvtmrdq234981722> (дата обращения: 19.03.2023).
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ с изм. и доп., вступ. в силу с 24.09.2022 г. // Гарант: [сайт]. - URL: <https://base.garant.ru/10108000/> (дата обращения 19.03.2023).

АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЖИЗНЕННЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРИЕНТИРОВ ОБУЧАЮЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

П.И. Горина – студентка 2116 группы института клинической медицины

Кафедра философии

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Научный руководитель –к.ф.н., доцент Ю.Ю. Кочетова

Актуальность. Профессия современного врача подразумевает тесное взаимодействие с людьми, включает в себя доверительные отношения, и способно влиять на дальнейшую жизнь человека. Поэтому вопросы, связанные с изучением жизненной позиции врача, его ценностных ориентиров, идеалов, принципов в жизни, а также по отношению к профессии, является одним из актуальных вопросов биомедицинской этики. Тип отношения к жизни формируется под влиянием условий воспитания, социальной среды и общественных

установок преимущественно в молодом возрасте. Вследствие этого, интерес представляет изучение жизненных ценностей и ориентиров, их влияние на профессиональную культуру обучающихся медицинских ВУЗов. Одним из вариантов определения отношения студентов к жизни и профессии - это выявление их склонности к двум типам биоэтических теорий – натуралистическо-прагматической, основанной на принципах целесообразности и пользы, и идеалистической, которая базируется на понятии о морали, нравственности и долге.

Цель исследования. Изучить ценностные установки обучающейся молодежи и их влияние на профессиональную культуру учащихся медицинских вузов посредством выявления соотношения их склонности к натуралистическо-прагматической и идеалистической типам биоэтических теорий.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования использовались следующие методы: анализ научно-методической литературы, анкетирование и математическая обработка полученных результатов. В исследовании приняли участие 58 студентов Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаула, в возрасте от 18 до 25 лет. Участникам была предложена анкета закрытого типа. Анкета была разработана самостоятельно.

Результаты исследования. В первом вопросе «Ассоциируете ли вы многообразие материальных благ в вашей жизни с понятием счастье?» выявлено, что для 67 % не все составляющие счастливой жизни определяются уровнем материальных благ, 26 % считают, невозможным быть счастливым, не имея достойного уровня материального благополучия, и оставшиеся 7 % не измеряют комфортную счастливую жизнь уровнем материальных благ. Далее, при определении наиболее важных сфер достижения успеха среди участников анкетирования, получили следующие результаты. Для 69% на первый план выходит успех в семье и отношениях, для 62 % в профессии, в 52 % случаев в материальной сфере, для 40% наиболее важен личностный рост, и для 19% социальная область. При определении количества студентов с прагматичным типом отношения к жизни, результаты оказались следующими. 62% опрошенных стараются извлекать пользу из своей деятельности, но их позиция распространяется не на все сферы жизни, действия 26% студентов преимущественно во всем направлены на получение пользы, и 12% совершают поступки, руководствуясь эмоциями, принципами, чувством долга, и т.д. Мы постарались выяснить, согласны ли студенты поступиться со своими принципами, жизненными ценностями, ради получения выгоды или для достижения результата. Оказалось, что для 50% решение будет зависеть от величины полученной пользы, 40% не согласны, и 10% ответили положительно.

В ходе определения степени переживаний студентов о том, что затраченные силы и

средства на получение образования в ВУЗе в будущем не «окупятся» в результате работы по специальности, и было ли в связи с этим желание перейти в другой ВУЗ? Таким образом, 31% переживают по этому поводу, но тем не менее, учебное заведение менять не собираются, 31% не волнуются по этому поводу, так как выбирали специальность, исходя из других побуждений, таких как приобретение знаний, социальный статус и т.д. и 10 % имеют серьезные переживания, что не смогут обеспечить достаточный уровень материального благополучия с помощью выбранной профессии. Мы постарались определить, какие факторы явились бы решающими при выборе студентами рабочего места в будущем, оказалось, что для 76 % это размер заработной платы или наличие социальных льгот, для 52% условия рабочего места, 33% получение нового опыта и полезные знакомства, для 31% хорошие отношения в коллективе и для 24% наиболее важна потребность в работе. Для изучения позиции студентов относительно моральных принципов в жизни человека, выяснилось, что 69% участников опроса считает, моральные ценности- основой человеческих отношений, 19% имеют мнение, что нравственное и духовная деградация ведет к физическому разрушению, однако 12% выразили мнение, что роль морали в жизни человека преувеличена.

Одними из главных деонтологических принципов является понятие о морали, нравственности и долге. Также нельзя отрицать важность этих качеств в профессии врача. Так, в вопросе «должен ли врач обладать чувством долга, любви, заботы, милосердием, состраданием», 91% участников исследования считают, что это очень важная составляющая врачебной деятельности, 9% же склоняются к мнению, что для врача главное - знания и профессионализм. Далее, в вопросе, «В чем, по вашему мнению заключается смысл жизни человека?», мы выяснили, что для 40 % смысл жизни заключается в совершенствовании собственной личности, для 31% в наслаждении и комфорте, и 29% считает наиболее важным оставить после себя какое-либо наследие (дети, труды, продукт искусства). При оценке мнения студентов относительно того, какие же качества современного врача они считают первостепенными, нам стало известно, что 79% признают главным качеством рациональное мышление, 81% стрессоустойчивость, 55% ответственность, 35% коммуникабельность, 33% сострадание и любовь к людям, 29% доброжелательность и доброту, 26% спокойствие, и 14% честность.

Так как большинство респондентов учащиеся младших курсов, целесообразно исследовать, чем они руководствовались при выборе будущей профессии. Оказалось, что 55% имели своей целью получение специальных знаний и навыков, 51% желали помогать людям, 48% привлекла востребованность профессии, 35% преследовали цель иметь хороший заработок, и 14% нуждались в уважение окружающих. Достаточно высокий интерес

представляет выяснение отношения студентов-медиков, к либеральным направлениям современной биоэтики, таких как аборты, ЭКО, эвтаназия и др. 69% поддерживают либеральную позицию, и считают, что польза важнее моральной стороны вопроса, 15% придерживаются традиционных взглядов, и 15% избегают рассуждений на эти темы. Наконец, благодаря определению соотношения количества студентов, склоняющихся в своих рассуждениях к идеалистическому или же натуралистическо-прагматическому типу биоэтических теорий, видим следующее. 52% относятся к идеалистам, по мнению которых, профессиональное поведение должно строиться на принципах морали, долга и нравственности. 48% придерживаются более прагматического понимания жизни, основанного на определении пользы как главного критерия при совершении какого-либо поступка.

Выводы. Подводя итоги, можно сказать, что в целом многие студенты склонны искать пользу в своих убеждениях и поступках. Большинство из них приравнивают счастье к удовольствиям, при выборе рабочего места ориентируются на размер заработной платы, поддерживают либеральные направления биоэтики, а главными качествами современного врача, большинство считает рациональное мышление и стрессоустойчивость. Однако преобладающими в структуре ценностей являются нравственные принципы. Большинство определяет моральные принципы как главную составляющую гармоничных отношений между людьми, отводят значительную роль понятиям о долге, милосердии, любви, заботе в работе врача, а многие выбрали эту профессию, вследствие стремления помогать людям. Таким образом, мы видим, что значительная часть участников исследования придерживается прагматических взглядов на жизнь и, соответственно на профессиональный процесс, но все же большую часть составляют идеалисты, рассматривающие личные и профессиональные действия с позиции нравственности и морали.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ К ПРЕПОДАВАНИЮ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

Е.А. Ткачева

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель - Х. Х. Голами

Relevance: in the modern world, English has been taught since elementary school, so students have a certain amount of knowledge with which they start learning English. English is an international language. Language proficiency makes it possible to get an education anywhere in the world. However, all the advantages of English language proficiency do not motivate students to study it.

The purpose of the work is to analyze the attitude of students to the language and to identify the role of English in medical education.

Materials and methods: author's questionnaire "Students' attitude to learning English", survey.

Research base: 60 survey participants, students of BSMU.

Results and discussion. Currently, English confidently occupies the 1st place among foreign languages available for study. It has become an integral part of the modern world [1]. Many scientific articles are written in English and have no translations into Russian [4]. English is the language spoken by over a billion people, representatives of most nations.

Students of a medical university in the process of studying are faced with the need to search for information on a particular issue. When a student does not find information on Russian-language websites and in Russian-language literature, he turns to foreign websites, opens articles written in English, a variety of scientific literature [5]. But not all students do this, many students do not speak the language at the level that would allow them to perceive information in English [2,3].

At the first stage of our research, we offered to take a survey on the author's questionnaire "Students' attitude to learning English". The survey was attended by 50 students, 2nd year medical students. 80% of respondents are girls, 20% are men. After analyzing the questionnaires, we received the following results.

To the first question of the questionnaire "Have you studied English at school?" 97% answered "yes", 3% answered "no".

As we can see, almost all respondents studied English as a foreign language at school. After conducting an additional survey among people who answered "no", we found that they studied German as a foreign language.

To the next question of the questionnaire "Did you have an interest in learning English at school?" 61% of respondents answered "yes", 39% - "no". It can be concluded that for schoolchildren, English is an interesting subject to study.

To the next question "Did you want to study English at a university?" 53% of students answered – "no", 47% - "yes". It can be concluded that in the process of learning a language at school, interest in its study was lost. It can be assumed that this is due to the fact that the language is taught formally and dryly at school.

To the next question "Do you currently have the desire and interest to learn English?" 53% of students answered "no", 47% of students answered "yes".

We can conclude that, having moved to the next stage of education, the desire of students did not appear

To the question "Did your knowledge of English help you in studying other subjects?" 61%

answered "no", 39% answered "yes".

We see that a small percentage of students use their knowledge of English in the learning process.

The next question of the questionnaire was aimed at how exactly students use their knowledge of the language and it sounded like: "How do you use your knowledge of English in teaching in other subjects?". 70% - "Do not use", 14% of respondents watch educational videos in English, 8% of students chose the answers "I read foreign articles" and "I use foreign literature".

The next question was "Do you think it is necessary to study English at a medical university?" 73% of students answered "yes", 27% answered "no".

It can be concluded that despite the lack of desire to learn a language, students see a need to study it.

Next, we decided to find out why students think it is necessary to study English and asked the question "Why do you think it is necessary to study English?" 43% of respondents chose the answer "It is an international language", 30% - "It is necessary for general development", 25% - "The opportunity to study abroad", 2% - "This is the language of the future."

We can conclude that most students are guided by the fact that this is an international language, and also that the language needs to be studied for general development.

To the final question of the questionnaire "Why do you think you don't need to study English at a university?" 50% of students answered that they would like to study medical disciplines more deeply, 27% do not want to study the language, as it takes a lot of time, 20% of students chose the answer "not interesting" and 4% want to learn another language.

We see that the reluctance of students to learn English is associated with the time that needs to be spent on its training, which can be used for a more detailed study of medical and clinical disciplines necessary in the future profession.

Conclusion and conclusions:

1. In the process of studying at school, schoolchildren lose interest in the language and they come to higher educational institutions with an unwillingness to study it.
2. Most students are guided by the fact that English is an international language, so they believe that its study is necessary at a medical university.
3. The priority of students is the study of clinical disciplines, rather than the study of language, which is explained by the narrow focus of the university.
4. A small percentage of students actively use foreign literature and materials to prepare for practical classes.
5. The reluctance of students to learn a language is primarily due to lack of time and a large academic load.

List of literature:

1. Alefirenko N. F. Cultural concepts in language and text: collection of scientific papers. BelSU Publishing House, 2015;
2. Derkach A.A., Shcherbak S.F. Pedagogical heuristics: the art of mastering a foreign language. M.; Pedagogy, 1991;
3. E. Kubryakova. S. Language and knowledge. - M., 2014.
4. Knyazareva A.E. The pragmalinguistic aspect of international vocabulary (based on the material of the English language), dissertation for the degree of Candidate of Philological Sciences. - Volgograd, 2002.
5. Modern studies of social problems (electronic scientific journal), Modern Research of social problems, No. 4 (48), 2015

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ УСТАНОВКИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

З.С. Разиков – студент 589 гр. факультета клинической психологии

Кафедра психологии

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Л.А. Бенько

Актуальность последние три года общество, начиная с Ковидной инфекции и с определённых геополитических событий, сформировало психологический тренд на адаптацию личности в условиях повышенной тревожности. Однако при этом личностные установки, личностные ориентиры и ценности, самоотношение личности, являясь возможными предикторами как дезадаптации, так и психически пограничных расстройств, недостаточно изучены в гендерном плане, и особенно значимы в этиопатогенезе психической патологии у женщин.

Цель исследования выявление личностных установок у женщин фертильного возраста в условиях тревожного общества.

Материалы и методы исследования было обследовано 53 женщины фертильного возраста, условно здоровых, от 21 до 44 лет.

Метод исследования: экспериментально-психологический. Используемые методики - Методика изучения ценностных ориентаций (МИЦО Милтона Рокича (Rokeach Value Survey, RVS) и методика исследования самоотношения.

Методика изучения ценностных ориентаций – один из наиболее распространенных способов изучения ценностно-смысловой сферы личности, основанный на прямом ранжировании списка ценностей. Под ценностью здесь понимается разновидность устойчивого убеждения, что некая цель или способ существования предпочтительнее, чем

иной.

Методика исследования самоотношения (МИС) предназначена для выявления структуры самоотношения личности, а также выраженности отдельных компонентов самоотношения: закрытости, самоуверенности, саморуководства, отраженного самоотношения, самооценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения. Методика создана в соответствии с разработанной В. Столиным иерархической моделью структуры самоотношения. Методика предназначена для углублённого изучения сферы самосознания личности, включающее различные (когнитивные, динамические, интегральные) аспекты.

Результаты исследования из 53 женщин в отношениях состояли 71% женщин, из них 39% проживало с партнером вместе, остальные - 61% - отдельно.

Среди ценностных ориентаций в категории предпочитаемых ценностей у женщин на первом месте фигурировало Здоровье (11%), затем: Уверенность в себе (10%), Любовь (10%) Счастливая семейная жизнь (9%), Развитие (8%), Материальная обеспеченная жизнь, Свобода, так же как и Материально обеспеченная жизнь - 8%; Интересная работа (7%), Активная деятельная жизнь (7%), Жизненная мудрость (5%), Наличие хороших и верных друзей, также как и Красота природы и искусства - 3%, Удовольствие, Познание и Творчество - по 3%, Общественное признание - 2%, Продуктивная жизнь - 1%.

Среди безразличных ценностей лидировало Познание (11%), Наличие хороших и верных друзей, Продуктивная жизнь, Общественное признание и Работа - по 10%.

В отвергаемых ценностях на первом месте у женщин Счастье других - 13%, Красота природу и искусства - 11%, Творчество, Удовольствие - 10%, Жизненная мудрость - 8%, Общественное признание, Продуктивная жизнь - 7%.

Среди предпочитаемых инструментальных ценностей у женщин стоят Образованность, Ответственность - по 10%, Воспитанность, Жизнерадостность, Независимость - по 8%, Смелость в отстаивании своего мнения, Исполнительность, Чуткость, Честность - 6%. Менее предпочитаемые инструментальные ценности - Самоконтроль, Рационализм, Высокие запросы, Терпимость, Эффективность в делах - менее 5%.

Отвергаемыми инструментальными ценностями в большей степени являются Непримируемость к недостаткам, Высокие запросы - 10%, Терпимость, Исполнительность, Широта взглядов - 8%, Чуткость, Честность - 7%.

К безразличным инструментальным ценностям женщины относят больше всего Твердую волю - 9%, Аккуратность, Ответственность, Самоконтроль, Смелость в отстаивании своих интересов - 7%, Высокие запросы, Чуткость, Воспитанность, Честность - 5%,

Независимость - 3%.

При исследовании самооотношения высокие баллы по Самоценности были получены у 29% женщин, которые отражают заинтересованность в собственном «Я», любовь к себе, ощущение ценности собственной личности и одновременно предполагаемую ценность своего «Я» для других. Женщина с высоким баллом по шкале Саморуководство (19%) отчетливо переживает собственное «Я» как внутренний стержень, интегрирующий его личность и жизнедеятельность, считает, что ее судьба находится в ее собственных руках, и испытывает чувство обоснованности и последовательности своих внутренних побуждений и целей. Шкала с высоким баллом по самопринятию (19%) - определяет дружеское отношению к себе, согласие с само собой, одобрению своих планов и желаний, эмоциональному, безусловному принятию себя такой, какова ты есть, пусть даже с некоторыми недостатками. Далее следует Самоуверенность (13%), Внутренняя честность и Отраженное самооотношение (10%). Высокие значения шкалы Отраженного самооотношения соответствуют представлению субъекта о том, что его личность, характер и деятельность способны вызвать у других уважение, симпатию, одобрение и понимание. Выявленные у 32% женщин низкие баллы Самообвинения свидетельствуют о неготовности поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки. Столько же женщин имеют низкую внутреннюю конфликтность, которая проявляется в отрицании проблем, закрытости, поверхностном самодовольстве. Самопривязанность, проявляющаяся в низких баллах, в виде желания что-то в себе изменить, тяге к соответствию с идеальным представлением о себе, неудовлетворенности собой, выявлена у 14% обследованных.

Выводы. Таким образом, проведенное пилотное исследование женских личностных ценностных ориентиров показало, что в условиях тревожного общества преобладают ценностные установки на здоровье, уверенность в себе, любовь, счастливую семейную жизнь, развитие, свободу, материально обеспеченную жизнь. Самоотношение у женщин фертильного возраста определяется самооценностью, самопринятием, саморуководством и самоуверенностью. Предпочитаемые инструментальные ценности у женщин - образованность, независимость, ответственность, воспитанность и исполнительность, менее предпочитаемые - работа, общественное признание. Кроме того, часто имеется неготовность поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки.

КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПРОВИЗОРОВ

С.Г. Курбатова – студент Ф1902 гр. института фармации

Кафедра социально-гуманитарных наук

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Научный руководитель - к.социол.н., доцент А.Ю. Бендрикова

Актуальность. Общение – это одна из актуальных проблем современного общества. В любой сфере деятельности человек так или иначе общается с людьми. Особенно это касается сотрудников, работающих в системе «человек - человек». Важной особенностью деятельности работника здравоохранения является умение вести диалог, что предполагает целый ряд профессиональных навыков и знаний, организация процесса коммуникации, управление им.

Цель исследования. Проанализировать значимость коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности провизора.

Материалы и методы исследования. В данной работе использованы следующие методы исследования: статистический, графический и традиционный анализы данных, проведено авторское анкетирование. В исследовании приняло участие 110 человек из них: студенты 1 курса – 25 чел. (23%), 2 курса – 25 чел. (23%), 3 курса – 30 чел. (27%), 4 курса – 20 чел. (18%) и 5 курса – 10 чел. (9%) института фармации АГМУ. Обработка данных была выполнена с помощью статистического метода в виде диаграмм.

Результаты исследования. По итогам проведенного анкетирования получились следующие результаты: большинство респондентов девушки – 86%. Большинство студентов считают, что провизор должен обладать такими личными качествами, как конфликтоустойчивость и коммуникабельность: 1 курс – 80% и 68% соответственно, 2 курс – 84% и 80% соответственно, 3 курс – 67% и 57% соответственно, 4 курс – 90% и 70% соответственно, 5 курс – 90% и 50% соответственно. Респонденты обладают следующими личными качествами для успешной коммуникации: 1 курс – коммуникабельностью (64%) и терпеливостью (56%); 2 курс – коммуникабельностью (72%) и ответственностью (64%); 3 курс – коммуникабельностью (83%) и вежливостью (60%); 4 и 5 курс – коммуникабельностью (85% и 70% соответственно) и конфликтоустойчивостью (75% и 60% соответственно). Студенты считают, что провизор должен обладать такими профессиональными качествами как: 1 и 2 курс – профессиональной компетентностью (88% и 92% соответственно) и ответственностью (76% и 80% соответственно); 3 курс – профессиональной компетентностью (93%) и владеть невербальными средствами коммуникации (67%); 4 и 5 курс – профессиональной компетентностью (100%) и информированностью (55% и 50% соответственно). Большинство работающих студентов с 1 по 5 курс обладают следующими профессиональными качествами, которые используют в ходе работы с посетителями аптеки: профессиональной компетентностью (80%), ответственностью и самостоятельностью (70% по обоим показателям). Отвечая на вопрос о степени значимости навыков, которыми должен обладать провизор в ходе

профессионального консультирования, самым значимым для студентов 1 курса является умение давать профессиональный совет, для 2 курса - соблюдение профессиональной этики, для 3, 4 и 5 курса - умение слушать и слышать. На втором месте по значимости навыков респонденты 1 курса указали умение задавать корректные вопросы, 2 курс - умение слушать и слышать, 3, 4 и 5 курса - соблюдение профессиональной этики. На третьем месте у студентов находятся такие навыки как: 1 курс - умение слушать и слышать, 2, 3 и 4 курс - умение давать профессиональный совет, 5 курс - умение задавать корректные вопросы. На четвертом месте по значимости респонденты указали следующие навыки: 1 курс - соблюдение профессиональной этики, 2, 3 и 4 курс - умение задавать корректные вопросы, 5 курс - умение давать профессиональный совет. У работающих студентов, при оказании лекарственной помощи посетителям аптеки, чаще всего вызывают затруднения ситуации, которые связаны с высокой ценой лекарственного препарата (85%), отсутствием рецепта (85%), отказом идти на прием к врачу (60%).

Выводы. На основе проведенного анализа анкет студентов, коммуникативная компетентность провизоров является важной составляющей их профессиональной деятельности. По итогам работы выявлены личные и профессиональные качества, которые должны быть у провизора и которыми обладают респонденты, также значимые навыки при фармацевтическом консультировании. Важное значение в совершенствовании коммуникативной компетентности занимает интеллектуальная коммуникативность, которая предполагает легко и быстро находить общий язык, приходить к одному мнению, устанавливать взаимопонимание. Эта способность дает возможность менять взаимоотношения с посетителями, учитывать объективные и субъективные условия, применять оптимальную тактику поведения, если затруднено общение, также эффективно управлять динамикой конфликта, что способствует устранению конфликтной ситуации.

НАУЧНЫЙ ВКЛАД ЛЕОНАРДО ДА ВИНЧИ В ЭПОХУ ВОЗРОЖДЕНИЯ
Ш.И. Шаилова, З.Р. Мустафаева - студентки 15 и 16 группы 2 курса педиатрического
факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: *к.философ.н., доцент М.И. Рамазанов*

Актуальность. Леонардо да Винчи – гениальный ученый, художник и изобретатель итальянского Возрождения. Его творчество и достижения оказали огромное влияние на мировую культуру и науку, а его нерешенные загадки до сих пор вызывают ученых и искусствоведов к исследованию. Вероятнее всего Леонардо да Винчи является самым

великим изобретателем в истории человечества, но, к сожалению, в то время, когда он жил, технологии еще не были достаточно развиты, поэтому его изобретения увидели жизнь лишь через столетия. Да Винчи рисовал эскизы и диаграммы своих устройств и сохранял заметки. Не смотря на это, о трудах великого изобретателя узнали только после его смерти, из-за того, что он предпочитал оставлять свои заметки при себе, а не выносить на публичное обсуждение. И это невероятно грустно, потому что конструкторские навыки и задумки Леонардо намного опережали свое время. Если бы они были воплощены в реальных изобретениях, вполне возможно, что революция в мире техники случилась бы намного раньше. С другой стороны, многие из эскизов да Винчи невозможно было реализовать при помощи инструментов 15-16 века. Зато в 21 веке многие инженеры с удовольствием принялись за реализацию проектов да Винчи и выяснили, что те действительно работают. Из изобретений что актуальны сейчас, можно выделить : парашют , подшипник ,пулемет , танк ,автомобиля, воздушный винт ,что работает по тому же принципу, что и вертолет . Была разработана даже схема робота-гуманоида

Целью настоящей научной статьи является анализ научных исследований, посвященных жизни и творчеству Леонардо да Винчи, и выявление его вклада в развитие науки и искусства.

Материалы и методы исследования. Материалами для исследования служили научные источники, посвященные Леонардо да Винчи, а также биографические материалы, его художественные произведения и чертежи изобретений. Методы исследования включали анализ, синтез и интерпретацию документальной информации.

Результаты исследования. Одним из главных научных интересов Леонардо была анатомия. Он проводил детальные исследования человеческого тела, чтобы понять его строение и функции. Он изучал не только внешний вид, но и внутренние органы, мышцы и кости. Его исследования были настолько точными, что они использовались в медицине до настоящего времени. Например, он создал детальные рисунки сердца, которые использовались для понимания его работы и лечения болезней сердца. Еще одной областью, которой Леонардо уделял много внимания, была оптика. Он изучал свет и цвет, исследовал преломление света и создал первую модель камеры-обскуры. Эта модель позволяла ему изучать свет и тени, а также использовать ее для создания точных рисунков. Леонардо также работал в области механики и физики. Он изучал законы движения и создал множество механизмов, включая механические крылья и механический лебедь. Его работы в этой области вдохновили многих ученых, которые продолжили его исследования и разработали новые технологии. Еще одной областью, которой Леонардо уделял внимание, были математика и геометрия. Он изучал пропорции и создал множество рисунков, используя

золотое сечение. Его работы в этой области повлияли на развитие математической науки и стали основой для создания новых технологий. Наконец, Леонардо был известен своими исследованиями в области архитектуры. Он создал множество проектов зданий и мостов, которые были основаны на его знаниях в области математики и физики. Его работы в этой области вдохновили многих архитекторов и инженеров, которые продолжили его исследования и создали новые технологии. Многие забывают, что Леонардо, помимо научной деятельности также внес значительный вклад в философию. В данной статье мы рассмотрим, какие идеи и принципы Леонардо да Винчи использовал в своих работах и как они повлияли на развитие философии

Во-первых, Леонардо был убежден, что все явления природы взаимосвязаны и взаимодействуют друг с другом. Он считал, что для понимания мира нужно изучать его части и отношения между ними. Это привело его к созданию теории о всемирной гармонии, которая предполагает, что все явления природы имеют определенные законы и принципы, которые объединяют их в единую систему. Эта теория стала основой для многих философских концепций, таких как гармония между человеком и природой, гармония между телом и душой и т.д.

Во-вторых, Леонардо был убежден, что знание должно быть базировано на опыте и наблюдении. Он проводил множество экспериментов и изучал природу, чтобы понять ее законы и принципы. Этот подход к знанию стал основой для эмпиризма в философии, который утверждает, что знание является результатом опыта и наблюдения.

В-третьих, Леонардо был убежден, что человек должен стремиться к совершенству и постоянно развиваться. Он считал, что человек может достичь любой цели, если будет работать над собой и своими способностями. Эта идея стала основой для концепции саморазвития и самосовершенствования в философии.

В-четвертых, Леонардо был убежден, что человек должен использовать свой ум и разум, чтобы понимать мир вокруг себя. Он считал, что разум является ключом к пониманию мира и решению проблем. Эта идея стала основой для рационализма в философии, который утверждает, что разум является основой знания и понимания мира. В-пятых, Леонардо был убежден, что человек должен использовать свои чувства и эмоции, чтобы понимать мир вокруг себя. Он считал, что чувства и эмоции помогают человеку ощущать и понимать мир вокруг себя. Эта идея стала основой для эстетизма в философии, который утверждает, что красота и эстетические качества являются ключевыми аспектами жизни.

Выводы. В целом, научный вклад Леонардо да Винчи в эпоху Возрождения был огромным. Его исследования в области анатомии, оптики, механики, физики, математики, геометрии и архитектуры повлияли на развитие науки и технологии в этот период истории.

Его работы стали основой для создания новых технологий и вдохновили многих ученых и инженеров на дальнейшие исследования. Хотя в то время его исследования и подвергались многочисленной критике со стороны ученых того времени, он продолжал отстаивать свои исследования и верил, что они в дальнейшем помогут человечеству развиваться. Леонардо да Винчи также внес значительный вклад в развитие философии. Его идеи и принципы стали основой для многих философских концепций и теорий. Он учил людей стремиться к совершенству, использовать свой ум и чувства для понимания мира и работать над собой и своими способностями. Благодаря Леонардо да Винчи философия стала более гуманистической и ориентированной на человека, что в свою очередь повлияло на развитие культуры и общества в целом.

КАНТОВСКАЯ ЭСТЕТИКА: ПОНИМАНИЕ КРАСОТЫ И ИСКУССТВА

М.Р. Телекавов - студент 203 гр. педиатрического факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.ф.н., доцент М.Р. Рамазанов

Актуальность: Обусловлена тем, что эта философская концепция до сих пор играет значимую роль в современной эстетической теории и практике. Кантовская эстетика – одна из важнейших теоретических построений, которые легли в основу современной философии.

Цель: Изучить основные принципы Кантовской эстетики, понять, как Кант определял красоту и искусство, и почему эти понятия являются важными для философии и культурной жизни.

Иммануил Кант был одним из величайших философов XVIII века, который внес огромный вклад в развитие эстетики. В своих работах он разработал теорию красоты и искусства, которая стала известна как Кантовская эстетика, которое стало одним из ключевых элементов его философской системы.

Кантовская эстетика – это философская концепция, которая изучала понимание красоты и искусства. Она была разработана немецким философом Иммануилом Кантом в его работе «Критика способности суждения», опубликованной в 1790 году. Кантовская эстетика является одной из наиболее влиятельных теорий эстетики в западной философии.

Кант считал, что эстетика – это наука о красоте и о том, как мы ее воспринимаем. Он утверждал, что красота – это нечто, что вызывает у нас эстетическое удовольствие, но при этом она не имеет никакой практической ценности. Красота – это нечто, что мы ценим исключительно за ее саму по себе.

Кант разделял красоту на два типа: свободную и зависимую. Свободная красота – это красота, которая не имеет никакой цели, кроме самой себя. Например, красота природы или абстрактных форм искусства. Зависимая красота – это красота, которая имеет цель или функцию, например, красота вещей, созданных для определенной цели. Она может быть полезной или иметь какую-то практическую ценность.

Кант также различал между понятиями «красоты» и «вкуса». Он считал, что красота – это объективное понятие, которое существует независимо от нашего восприятия. Вкус, с другой стороны, является субъективным понятием, которое зависит от нашего личного опыта и восприятия.

Основополагающим понятием в Кантовской эстетике является «чувственность». По мнению Канта, чувства играют ключевую роль во восприятии красоты. Чтобы что-то можно было признать красивым, оно должно вызывать в нас чувственные впечатления и эмоции.

Хотя чувственность играет важную роль в Кантовской эстетике, она не является единственным критерием оценки красоты. Кант говорил о том, что объекты могут быть красивыми не только благодаря своим качествам, но и благодаря способу, как они воздействуют на наше воображение. Таким образом, для Канта, усвоение красоты было раздельным процессом, включающим ощущение и искусственное вложение объекта.

Важным элементом Кантовской эстетики является понимание того, что красота и искусство существуют в контексте нашей субъективной перспективы. По его мнению, наша способность чувствовать красоту и ценить искусство зависят от нашей индивидуальной способности восприятия и оценки.

Искусство не служит только эстетическому удовольствию, но также помогает людям находить связь с миром и расширять свои мыслительные горизонты. Искусство может быть использовано для передачи сообщений, вызова эмоций и передачи смысла, который не может быть выражен языком.

Кант считал, что искусство должно быть красивым, но не обязательно красивым в традиционном смысле этого слова. Он утверждал, что искусство может быть красивым в своей оригинальности и уникальности.

Согласно Канту, искусство имеет свою собственную роль в жизни людей, и это относится не только к художественной сфере, но и к другим формам творческой деятельности.

Кант считал, что искусство должно быть автономным и не зависеть от внешних факторов, таких как политика или религия. Таким образом, Кантовская эстетика расширяет представление о том, что может считаться искусством.

Заключение. В целом, Кантовская эстетика представляет собой сложный идеологический конструкт, который помогает нам лучше понимать, как красота и искусство влияют на наши чувства и нашу жизнь в целом.

Понимание красоты и искусства оказало огромное влияние на развитие философии и культуры многих стран. Его труды стали основой для многих исследований об искусстве и эстетическом восприятии. Кантовская эстетика имеет большое значение для современной эстетики и искусства. Она помогла развить понимание красоты и искусства как объективных и универсальных понятий, а также подчеркнула важность свободы и автономии в искусстве.

Список литературы:

1. Иммануил Кант, Критика суждения, перевод Н.М. Соколова, 1898
2. «Эстетика Канта. Прекрасное» (издательство К.Т. Солдатенков, 1895, 367с.)
3. А. И. Введенский. Кант и проблемы эстетики. Москва: Издательство Московского университета, 1989.
4. Б. А. Федоров. Кант и эстетика. Москва: Издательство Московского университета, 1975.
5. Джеррольд Левинсон, Музыка, искусство и метафизика: очерки философской эстетики (издательство Оксфордского университета, 1990)

**К ВОПРОСУ ОБ УГЛАХ ОТХОЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ И ИХ ВЕТВЕЙ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Е.И. Левкович – студентка 2516 гр. педиатрического факультета
Кафедра нормальной анатомии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Научные руководители – к.м.н., доц. Г.В. Солнцева, врач О.Н. Козак

Актуальность. В настоящее время изучение вариантной анатомии почечных артерий является актуальной задачей морфологии. Особенности детского возраста предполагают большую изменчивость анатомических структур в зависимости от возраста ребенка, что следует учитывать при выполнении оперативных вмешательств и диагностических процедур. Современные требования к хирургическим технологиям включают минимизацию травматичности, быстрое проведение вмешательства и короткие сроки реабилитации пациента. На сегодняшний день в лечении заболеваний сосудов отдается предпочтение малоинвазивным вмешательствам, при активном развитии рентгенэндоваскулярной хирургии, что обуславливает необходимость учитывать угол, под которым отходят почечные артерии и происходит их ветвление. Избыточно острый угол, впрочем, как и избыточно тупой в совокупности с повышенным давлением в русле почечной артерии предрасполагает

к развитию аневризмы. Совершенствование методов диагностики позволяет неинвазивным путем при помощи компьютерной томографии и 3D-реконструкции изображений сосудистого русла позволяет определить количественное значение угла сосудов, что позволяет планировать оптимальные методы лечения, учитывая индивидуальные особенности пациента.

Цель: определить изменчивость угла отхождения почечных артерий и их ветвей у мальчиков и девочек.

Материал и методы исследования. Изучение угла отхождения сосудов было выполнено на основании изучения компьютерных томограмм брюшной полости 72 детей, проходивших лечение на базе Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии. Среди исследуемых были 31 мальчик и 41 девочка в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Патологии почек и их сосудов у детей выявлено не было. Обработка медицинских изображений и построение 3D-моделей проводилась с использованием системы медицинской визуализации Vidar DICOM Viewer. Анализ полученных данных проводился методами описательной статистики с помощью программ STATISTICA 10 и «Microsoft Office Excel 2016». Значения показателей представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования определены углы отхождения правой и левой почечных артерий без учета возраста детей. Значения колебались в пределах от 43° до 127°. Минимальные значения характерны для правой почечной артерии девочек. Полученные максимальные значения в 127° также соответствовали правой почечной артерии девочек. Угол главных стволов правых и левых почечных артерий у мальчиков равнялся 84° (72°-96°) и 74° (67°-92°) соответственно. У девочек были проведены аналогичные измерения, которые определили значение угла 74° (62°-90°) и 72° (63°-84°) для правых и левых артерий.

Вторичные ветви почечных артерий имели диапазон угла 16°–138°. Минимальные и максимальные значения соответствовали правым сосудам девочек. В группе мальчиков угол вторичных ветвей правых почечных артерий был наименьшим – 49° (35°-59°), угол вторичных ветвей левых артерий равнялся 50° (37° -74°). Наибольшим был угол вторичных ветвей почечных артерий девочек 58° (40°-80°), угол вторичных ветвей левых артерий был равен 50° (38°-66°).

Среди третичных ветвей почечных артерий встречались значения угла от 17° у мальчиков справа до 155° у девочек слева. Аналогично вторичным ветвям правых почечных артерий мальчиков, среднее значение угла третичных ветвей было наименьшим: 47° (35°-81°). Наибольший угол был характерен для левых третичных ветвей мальчиков и девочек:

$\angle 55^\circ$ (44° - 76°) и $\angle 55^\circ$ (42° - 67°). Измерения правых третичных ветвей у девочек показали медиану в $\angle 50^\circ$ (40° - 60°).

Четвертичные ветви почечных артерий отходят в диапазоне 17° – 147° . Как наименьшее, так и наибольшее значение угла обнаружено у мальчиков справа. Количественно угол отхождения характеризовался $\angle 42^\circ$ (37° - 48°), $\angle 48^\circ$ (35° - 62°), $\angle 43^\circ$ (33° - 52°), $\angle 52^\circ$ (41° - 71°) у мальчиков и девочек с правой и левой стороны соответственно.

Величина угла ветвей пятого порядка варьировала от 29° до 80° . Наибольшая величина выявлена среди правых почечных артерий девочек, а наименьшая среди левых артерий мальчиков. В результате проведенных измерений обнаружены следующие значения ветвей пятого порядка правых и левых артерий мальчиков и правых артерий девочек: $\angle 63^\circ$ (59° - 67°) и $\angle 35^\circ$ (33° - 41°) $\angle 76^\circ$ (74° - 78°). Ветвей пятого порядка левых сосудов девочек обнаружено не было.

Выводы. Большинство почечных артерий и их ветвей у детей вне зависимости от пола, возраста и порядка ветвей начинались под углом менее 90° . Наибольшей вариабельностью характеризовались углы почечных артерий и их ветвей у девочек, а наименьшей углы правых почечных артерий у мальчиков. В целом, отмечается тенденция к уменьшению угла отхождения с уменьшением порядка ветвей почечных артерий.

ПИРОГОВСКИЕ ЧТЕНИЯ-ДАНЬ ПАМЯТИ ВЕЛИКОМУ ХИРУРГУ
М.Р. Магдиева, студентка 1 курса 2 группы стоматологического факультета,
А.А. Гасанова - студентка 2 курса 11 группы стоматологического факультета
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры Ф.М. Османова,

к.м.н. ассистент кафедры Л.А. Алиева

Цель исследования. Изучить опыт работы первых Пироговских чтений, проследить их хронологию и трансформацию в крупные международные форумы, симпозиумы.

Материалы и методы исследования. Использовались исторический, сравнительный методы. Исторический метод основан на рассмотрении явления в его историческом развитии. Сравнительный метод – проведение сопоставлений в условиях, близкого временного периода и примерно сопоставимого уровня развития общества.

В Дагестане, 44 года назад, прошли 21-е Всесоюзные Пироговские чтения. Они состоялись в соответствии с постановлением Президиума АМН СССР и Правления Всесоюзного научного общества хирургов в городе Махачкале 23-25 ноября 1979 года и совпали с днем 98-ой годовщины смерти Н.И.Пирогова. В организации этих чтений приняли

участие руководство ДАССР, Министерство здравоохранения, ученый совет Дагмединститута, правление государственного медицинского института, правление Дагестанского общества хирургов им. А.В. Вишневого. В мероприятии приняли участие 1 250 человек, в том числе члены АМН СССР, крупные ученые страны, хирурги и анестезиологи, профессора, практические врачи, студенты.

По «Положению о Пироговских чтениях», утвержденному президиумом Академии медицинских наук СССР в 1954 году, они стали проводиться в конце ноября или начале декабря в городах, связанных с именем великого русского хирурга. Дань памяти и признание его заслуг - вот основная цель этих чтений. Хронология Пироговских чтений включает города: Москва, Ленинград, Тарту, Киев, Свердловск, Минск, Волгоград, Одесса, Тбилиси, Воронеж, Симферополь, Иваново, Горький, Пермь, Винница, Махачкала и т.д. [3].

В ряде городов эти события состоялись по несколько раз, самое первое – в декабре 1954 года в Москве, где в основном докладе А.М. Геселевича шла речь о сообщении Н.И. Пирогова в Петербургскую академию наук и Академию наук в Париже об эфирном обезболивании. В дальнейших чтениях, которые были ежегодными или с интервалом два года с основными докладами выступали ведущие ученые страны: Б.В. Петровский, А.А. Вишневский, В.Н. Шамов, П.А. Куприянов, Б.А.Петров, А.Н. Филатов, И.Д. Страшун, А.Н. Бакулев и многие другие. В их докладах было отражено многообразие хирургического гения ученого его неопубликованные и малоизвестные работы, переписка, а также неопубликованные и малоизвестные документы о нем самом [3].

На Пироговских чтениях в Махачкале присутствовал министр здравоохранения СССР, председатель Всесоюзного общества хирургов, академик Б.В. Петровский. В своей вступительной речи, он сообщил о том, что предыдущие Пироговские чтения состоялись в Виннице, где участники ознакомились с одним из замечательных мемориалов, имеющих огромное воспитательное значение. Это музей – усадьба Н.И. Пирогова. Николай Иванович в 1861 году поселился в усадьбе Вишня близ Винницы. Как образно о нем сказал профессор В.А. Оппель: «Вооруженный всеми знаниями науки, изумительный хирург-техник Пирогов явился в хирургическую пустыню, как Волшебник, и творил чудеса [5]. Он построил в усадьбе небольшой кирпичный дом, маленькую больницу и аптеку. Последние 20 лет ученый работал здесь обычным сельским врачом. Здесь и умер в 1881 году.

По решению правительства СССР в 1944 году усадьба была преобразована в музей. Торжественное открытие состоялось 9 сентября 1947 года. Музей состоит из дома хирурга, аптеки, усыпальницы, где в саркофаге хранится его набальзамированное тело. Академик Б.В.Петровский в своем выступлении сообщил, что в январе 1979 года тело Н.И.Пирогова было доставлено в Москву. После успешно проведенного ребаальзамирования, тело

возвращено в Винницу.

С обширным докладом о вкладе Н.И. Пирогова в развитии анестезиологии выступил член-корр. АМН СССР профессор Р.П. Аскерханов. Он отметил, что, будучи молодым врачом Пирогов ненавидел все умозрительное, лишенное материальной основы и не искал соглашательства в поисках истины. «Я вовсе не хочу всем нравиться», - говорил он [3]. Хирург шел своей дорогой. Участник четырех войн (Кавказская 1947г., Крымская 1853-1856 гг., Франко-русская 1870-1871гг., Русско-турецкая 1877-1878 гг.), он возненавидел ужасы, связанные не только с недостатком медицинских знаний, но и неполадками, порождавшими в госпиталях «царство смерти».

Н.И. Пирогов обобщил результаты своих военно-хирургических наблюдений, представленных в нескольких книгах, ставших фундаментом, нового учения о военно-полевой хирургии. В докладе Р.П. Аскерханова отмечено, что в условиях, когда наука не располагала обезболиванием, искусство хирурга определялось по тому, насколько быстро он умел выполнить операцию. Особенно виртуозной техникой отличался сам Н.И. Пирогов. Он производил ампутацию бедра за 3-4 минуты; высокое сечение пузыря за 2 минуты; удаление грудной железы за 1,5 минуты. После открытия эфирного наркоза (1846), когда даже именитые хирурги (Вельпо, Можанди) выступили яростными противниками подобной анестезии, надо было обладать великим чутьем и мужеством, чтобы понять революционную роль эфира.

Кавказская война – первая война в жизни Пирогова. Она стала местом триумфа эфирного наркоза на поле боя. Именно это стало решающим в выборе места проведения очередных Пироговских чтений. Николай Иванович приехал в Дагестан летом 1847 года. Вот его маршрут: Петербург, Ставрополь, Кизляр, Кизиюрт, Чирюрт, Кумторкала, Темирхан-Шура, Акуша, Хаджалмахи, Салта. Обратный путь (осенью): Дербент, Баку, Тбилиси, Петербург.

Четыре месяца в Дагестане стали историческими для мировой анестезиологии. Наша республика прославилась на всю планету как родина общего обезболивания. Кстати и развитие местного новокаинового обезболивания связано с уроженцем Дагестана – Александра Васильевича Вишневого [2]. В архивах ДГМУ сохранилась телеграмма Президента АМН СССР: «От имени Президиума АМН СССР и себя лично приветствую участников Пироговских чтений в Махачкале. Желаю успехов в работе, плодотворных встреч участников с медицинской общественностью Дагестана», - говорится в тексте телеграммы Академика Николай Блохин» [1].

На этих чтениях состоялись демонстрации кинолент о первом эфирном наркозе, примененном Мортоном в Бостоне, и о современных методах обезболивания при операциях

на сердце и сосудах. Участники чтений тремя группами проехали маршрутами Пирогова (Буйнакск, Гуниб, Дербент). Академики Б.В. Петровский, М.И. Кузин, член-корреспондент АМН СССР Р.П. Аскерханов, профессора А.М.Сазонов, М.И. Перельман, О.Б. Милонов, Г.Н. Захарова, академик АН Киргизии К.Р. Рыскулова встретились с медицинскими работниками местных больниц. Главный анестезиолог МЗ СССР профессор А.А. Бунятян и МЗ РСФСР профессор О.А. Долина оказали методическую помощь анестезиологической службе республики [3].

Рабочую группу по организации чтений возглавляла Пироговская комиссия в составе восьми человек, авторитетные работники здравоохранения. Чтения проводились в различном формате – научно-практические конференции, международные научные конгрессы, съезды врачей. До 1983 года все эти мероприятия проводились ежегодно, затем, в связи со сложной политической обстановкой в стране, они прекратились. После распада СССР и образования новых государств изменился статус чтений. В настоящее время они стали международными. Пироговские чтения возобновились в 1995 году в Виннице.

I Международные Пироговские чтения прошли в октябре 1995 года, II – в июне 2004, III – в октябре 2006 года. После этого была принята периодичность чтений в Виннице – раз в 4 года. Со 2 по 5 июня 2010 года здесь прошел научный конгресс «IV Международные Пироговские чтения». В 2014 году эти мероприятия в Виннице в связи с политической обстановкой прекратились.

В России эстафету Пироговских чтений успешно продолжают травматологи и ортопеды. Они проводятся ежегодно. 24-25 октября 2019 года в Москве в Центральном доме культуры железнодорожников прошел IV Пироговский форум с международным участием. Участники- специалисты, занимающиеся патологией опорно-двигательного аппарата, из России и зарубежных стран. Пленарное заседание открыли доцент М.А. Абдулхабирова и О.Г. Гаджиев докладом «Память о Н.И. Пирогове в Дагестане», VII Пироговский форум травматологов и ортопедов состоялся в столице Республики Дагестан – 14-16 сентября 2022 года. Традиционно хирурги, ортопеды Москвы, Санкт-Петербурга, повторяют путь Пирогова до аула Салта к мемориальному комплексу. Здесь была заложена капсула времени с напутствием к потомкам, с пожеланиями мира и благополучия на Кавказе.

В этом году в октябре состоится VIII Форум в Москве. Планируется провести симпозиум по протезированию, ортезированию, ортопедической реабилитации и вопросам медико-социальной экспертизы. Когда-то, переиначив на свой лад великого А.С. Пушкина, Н.И. Пирогов, подводя итоги жизни, написал:

*«Не случайный, не напрасный,
Дар таинственный, прекрасный,*

Жизнь, ты с целью мне дана!» [4].

И, возможно, эти слова являются квинтэссенцией его жизни и напутствием будущим поколениям. В следующем 2024 году исполнится 70 лет как в нашей стране проходят Пироговские чтения, форумы, симпозиумы, съезды. Память о нем жива, особенно для дагестанских медиков, ведь благодаря Пирогову Дагестан вошел в историю мировой анестезиологии.

Выводы: Н.И. Пирогов новатор, первопроходец и популяризатор знаний во многих областях медицины: хирургии, анестезиологии, травматологии и анатомии. Как участник четырех войн, внес неоценимый вклад в военно-полевую хирургию. Пироговские чтения - уникальное историческое явление, не утратившее своей актуальности по сей день.

Список литературы:

1. Архив ДГМУ
2. Аскерханов Р.П. Развитие хирургии в Дагестане. Махачкала, Типография Даг. филиала АН СССР 1970 г., 210 с.
3. Пироговские чтения. 1979г. Дагестанское книжное издательство. Махачкала 1980.57с.
4. Порудоминский В. И. «Жизнь, ты с целью мне дана: Пирогов. Очерк – М.; Молодая гвардия, 1981. 208 с.
5. Собчук Г., Кланца П. Музей-усадьба Н.И. Пирогова. Путеводитель. Издание третье. Одесса, «Маяк» 1986г. 78с.

МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. СЛИЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

**А.В. Караваева - студентка 4 курс, группа 19-03 педиатрического факультета
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия**

Кафедра пропедевтики детских болезней

ГБУЗ ПК Пермская Краевая Клиническая больница, Пермь, Россия

Научные руководители - врач патологоанатом И.Б., Подрезова, д.м.н., профессор Н.И.

Аверьянова, к.м.н., доцент Н.Ю. Коломеец

Актуальность: сличение клинического и патологоанатомического диагнозов – одна из форм контроля за качеством диагностической и лечебной работы медицинского персонала; междисциплинарного взаимодействия в рамках качества оказания медицинской помощи населению; постоянного повышения квалификации врачей.

Цель исследования: на основе анализа случая летального исхода в условиях стационара установить важность сличения заключительного клинического и

патологоанатомического диагнозов.

Материалы и методы исследования: медицинская литература, медицинская документация, аутопсийный материал. Были проведены: анализ первичной медицинской документации, клинико-анатомический анализ результатов патанатомического вскрытия, гистологические исследования.

Результаты исследования: диагноз - один из важнейших объектов стандартизации в здравоохранении. Является неотъемлемой основой управления качеством медицинских услуг. Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы обязаны наиболее полно отражать все патологические изменения, сопровождающие пациента. Установленный в результате патоморфологического исследования диагноз (прижизненно или посмертно) является заключительным, синтезирует в себе имеющиеся у больного патологические изменения в клинико-анатомическом аспекте. Сопоставление диагнозов необходимо проводить по следующим рубрикам: основному и коморбидному заболеваниям, осложнениям основного заболевания (с выделением смертельного осложнения) и сопутствующим заболеваниям. Понятия «совпадение» или «расхождение» заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сопоставления рубрик «основное заболевание». Расхождением диагнозов считается несовпадение основного заболевания по: этиологии, патогенезу, характеру и локализации патологического процесса, а также случаи несвоевременной (поздней) диагностики.

Клинический случай: Пациентка Т., 74 года поступила в стационар ГБУЗ ПК Пермской Краевой клинической больницы 23.09.22 г. с жалобами на сухой кашель и одышку смешанного характера при лёгкой физической нагрузке, общую слабость, боли в животе диффузного характера с иррадиацией в область поясницы. Из анамнеза: длительно страдает ХОБЛ, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью II ст., сахарным диабетом 2 типа, хр. гастродуоденитом. Проведенные исследования по основному заболеванию: ЭхоКГ: фракция выброса - 55%, в перикарде по периметру лоцируется незначительное количество жидкости (сепарация листков перикарда 5,5 мм); КТ - признаки застойных изменений базальных отделов лёгких, умеренной внутригрудной лимфаденопатии. Двусторонний гидроторакс. Состояние больной прогрессивно ухудшалось, несмотря на проводимую по основному заболеванию интенсивную терапию. Выставляется основной клинический диагноз: ИБС, стенокардия напряжения II-III ФК, ХСН IIб/III; внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония, двусторонний гидроторакс; асцит, сепсис. Отек легких, головного мозга. Сопутствующий диагноз: ХБП С3А (СКФ 52мл/мин). Киста правой почки 13 мм. Новообразование антрального отдела желудка? Констатирована смерть 01.10.22 г. Проводится патологоанатомическое исследование аутопсийного материала.

Морфологический диагноз: Злокачественное новообразование желудка: перстневидноклеточная аденокарцинома, G4 (HG) T4aN3bM1. (легкие, печень, надпочечники, брюшина, почки, стенка тонкой кишки). Стадия IV. Осложнения основного заболевания: сердечно-лёгочная недостаточность, отёк головного мозга (масса головного мозга 1262 гр.). Макропрепарат желудка: в центральной части определяется приподнятое опухолевое образование с микрокистозной трансформацией на площади 30x20 мм. Опухоль распространяется до устья двенадцатиперстной кишки (T4a), в развёрнутом виде площадь поражения около 11x12 см. Диффузная инфильтрация слизистой в проекции антрального отдела и выходного отдела.

Гистологический препарат желудка (**Рисунок 1, Рисунок 2**): опухоль представлена мелкими атипичными клетками с гиперхромными и полиморфными ядрами (1), которые располагаются гнездами и цепочками, без формирования псевдожелезистых структур. Тип распространения диффузно-инфильтративный среди грануляционной ткани с множеством мелких сосудов (2). Опухолевый рост отмечается во всех слоях желудка с прорастанием в слизистую оболочку (3). Макропрепарат почек: почки дряблой консистенции. Вылущиваются из капсулы с прирастанием обнажая мелкодольчатую

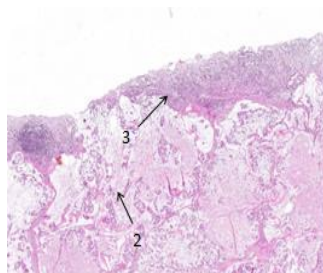


Рисунок 1

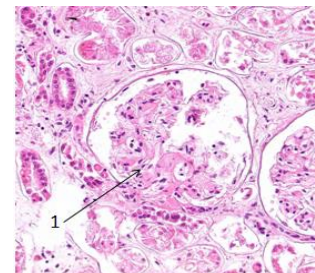


Рисунок 2

с рубцовыми западениями поверхность паренхимы. На правой почке отмечается киста диаметром 13 мм., на разрезе: корковый слой в виде бледно-желтого ободка (толщиной: левая 5 мм, правая 6 мм). Полость ЧЛС не расширена, слизистая оболочка лоханок светло-серая, гладкая.

Гистологический препарат почек (**Рисунок 3**): отмечается склероз артериол почечного клубочка (1). В лимфатических сосудах почки опухолевые эмболы из атипичных клеток с морфологией перстневидной карциномы (2).

Выводы. На этом клиническом примере при сличении диагнозов мы видим расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по основным рубрикам. При экспертном анализе для данного случая определена категория расхождения II, т.к. правильный диагноз был возможен, но в связи со смазанной клинической картиной, прогрессированием сопутствующих заболеваний не было проведено важных клинических исследований (ФГС с биопсией). Имелась диагностическая ошибка, которая не повлияла на исход заболевания, т.к. злокачественное новообразование желудка G4 (HG) T4aN3bM1 давало множественные метастазы и ускоряла летальный исход пациента. Смерть пациента, наступила в результате прогрессирования опухолевого процесса при

явлениях сердечно-легочной недостаточности.

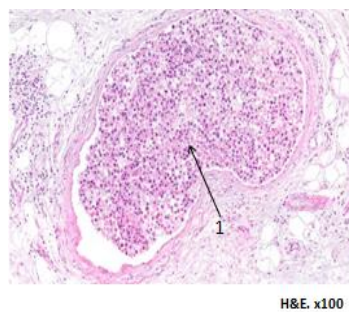


Рисунок 3

ИЗУЧЕНИЕ АРАБО-МУСУЛЬМАНСКОЙ ФИЛОСОФИИ

В.Р. Бейбутова, У.К. Ибрагимова - студентки 9 группы педиатрического факультета
Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – доцент, к.ф.н. М.Г. Рамазанов

Актуальность. Арабо-мусульманская философия представляет собой сочетание философских учений, возникших в эпоху превосходства исламского мировоззрения на территориях Ближнего и Среднего Востока, а также Северной Африки. Довольно часто ее называют «арабской», хотя это не самое точное её обозначение. История Арабо-мусульманской философии представлена 3 периодами: классический, иначе средневековый (VII- XV вв.), позднее Средневековье (XVI—XIX вв.), современность (вторая половина XIX—XXI вв.). Развивающаяся культура в странах арабского халифата была довольно многонациональной, как и само государство, распространилась от Гибралтара до Инда, а арабский язык играл ведущую роль.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение трудов выдающихся ученых, внесших наиболее заметный вклад в формирование и развитие арабо-мусульманской философии.

Материалы и методы исследования. Для исследования были использованы такие методы, как изучение и анализ литературы по теме исследования, синтез, а также исторический методы.

Абу Халид Аль-Газали являлся одним из выдающимся религиозным философом, его прозвали так же «оживителем» ислама. В своем труде «Воскрешение наук, Аль-Газали отвергал приёмы защиты догматики ислама, что были основаны на слепой вере, исходя из этого он возвещал не ставить истинность знаний в зависимость от авторитета. Кроме того Аль-Газали существенное значение уделял взаимосвязи науки и религии, веры и разума. Он настаивал на том, чтобы наука не шла дальше религии, так как знания необходимы для того, чтобы служить лучшему религиозному предписанию, в свою очередь, чтобы исполнить необходимо их хорошо знать. «А как же ты будешь поклоняться тому, кого не знаешь» - задаётся вопросом богослов. Помимо выше сказанного мыслитель уверял так же то, что в зависимости от образа жизни в земном мире, будет зависеть его положение в потустороннем. Аль-Газали представил 9 стадий восхождения к совершенству, среди которых:

- покаяние в грехах
- терпение в бедах
- благодарность Богу за ниспосланные блага
- страх перед творцом

- надежда на спасение
- добровольная бедность
- отречение от мира
- отречение от воли

Аль-Газали, усердно изучая философию, сделал заключение, что труды Аль-Фараби, а также Ибн-Сины несовместимы с суннитским исламом. Дело в том, что Аль-Фараби пытался систематизировать труды Аристотеля на арабский лад, первый высказался об отсутствии полной власти у Бога, отрицал его могущественность, помимо этого отвергал учение о воскрешении человека после смерти, считал фантазией учение Корана о б аде и рае. Он утверждал, что человек, обладая волей способен совершать как добрые, так и злые поступки. Аль-Фараби настаивал на том, что ни добродетели, ни различные умения не даны изначально человеку, все это является показателем воспитания. Комплекс знания и нравственности являлся базовым составляющим воспитателя. Помимо этого мыслитель заявлял, что философия - инструмент познания, религия же не достоверное знание, однако она полезна для просвещения людей далеких от философии. Аль-Фараби ставил четкую грань между действительным и мнимым счастьем. Под действительным он понимал, что достичь его получится лишь в «потустороннем мире» - мире философской истины, в отличие от мнимого (богатство, почести), которые являлись целью в данной жизни. Труды Аль-Фараби стали ядром философии Ибн-Сины.

Ибн Сина великий врач, ученый, один из влиятельных философов средневекового исламского мира, который вывел философию на новый уровень прогресса. Известен своими трудами в области медицины, являлся автором всемирно известного руководства «Канон врачебной науки», которое издавалось несколько десятков раз на многих языках мира. В своих сочинениях Ибн-Сина придавал большое значение нервной системе, оставил описание и анализ важнейших функций человеческой психики, он пытался связать все виды психической деятельности человека с определенными частями головного мозга. Спешим заметить, что взгляды ученого на роль нервной системы в жизнедеятельности организма во многом совпадают с современными. Врач указывал на то, что все болезни являются результатом поражения нервной системы. По мнению мыслителя, умственные способности можно разделить на две группы:

- первая - это способности, свойственные и человеку, и растению.
- вторая - это способности, отличающие животных от растений и человека от животных.

Согласно Авиценне, основа природы человека представляет собой скрытые и открытые элементы и то, что скрыто является силой разума, ведь только разум может

побудить человека на совершение того или иного действия и поступка. Ибн-Сина подчеркивает, что человеческое тело материально по своей природе и только знание анатомии способно помочь человеку для познания возможности тела и его строения. Необходима постоянная работа над собой, духовное развитие философ ставил всегда выше материальных ценностей.

Результаты исследования. Мусульманские философы внесли огромный вклад в мировую культуру и подготовили Европу к Возрождению. Арабские философы уделяли большое внимание к проблеме идеального общественного устройства. Будучи органичной частью классической арабо- мусульманской культуры, арабская философия представляет собой самостоятельный феномен в составе мировой культуры.

Вывод. Подводя итог, следует отметить, что арабская философия оказала значительное влияние в развитии науки: она стала связующим звеном между философией Нового времени и античной философией, пробудила интерес к осмыслению истории, способствовала появлению новых сфер в философии: онтологии - науке о бытии, гносеологии - науке о познании.

ПРОБЛЕМА БЫТИЯ В ФИЛОСОФИИ

А.А.Абдуллаев - студент 2 курса 1гр педиатрического факультета

Кафедра Философии и Истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.ф.н., проф. Т.Э. Кафаров

Бытие – одна из важнейших категорий философии. Она фиксирует и выражает проблему существования в ее общем виде.

Актуальность данной проблемы заключается в том, что философия стремится выяснить вопрос о бытии мира и бытии человека. Поэтому философия нуждается в особой категории, фиксирующей существование мира, человека, сознания. *Онтология* (от греч. слова «ontos» - бытие, существование; и «logos» - учение, наука - впервые встречается в произведении Платона «Парменид») является важнейшим разделом метафизики как учения о предельных основах бытия, познания и ценностного отношения человека к миру. Поскольку именно онтология решает ряд ключевых мировоззренческих вопросов, то именно она исторически оформилась быстрее и на протяжении продолжительного времени практически полностью покрыла предмет метафизики. Онтология как учение о бытии активно развивалась средневековыми теологами и схоластами (Фома Аквинский), а в период Возрождения и Просвещения такими видными мыслителями и учеными, как Р. Декарт (1596-1650), Б. Спиноза (1632-1677), Г. Лейбниц (1646-1716), Д.

Беркли (1685-1753), Х. Вольф (1679-1754). В период становления классической философии онтология тщательно прорабатывалась видным немецким философом Э. Кантом (1724-1804), И. Фихте (1762-1814), В.Ф. Гегелем (1770-1831), Ф.В. Шеллингом (1775-1854) а позже приверженцами марксизма и неотомизма.

Цель-проанализировать бытие как проблему философии.

В философии бытие является категорией, обозначающей реальность, существующую объективно, независимо от сознания, воли и эмоций человека. Проблема трактовки бытия и соотношения его с сознанием стоит в центре философского мировоззрения. Будучи для человека чем-то внешним, преднайденным, бытие налагает определенные ограничения на его деятельность, заставляет соизмерять с ним свои действия. Вместе с тем бытие является источником и условием всех форм жизнедеятельности человека. Бытие представляет не только рамки, границы деятельности, но и объект творчества человека, постоянно изменяющего бытие, сферу возможностей, которую человек в своей деятельности превращает в действительность. Понятие бытия многосторонне и сложно. Истолкование бытия претерпело сложное развитие. Его общей чертой является противоборство материалистического и идеалистического подходов. Первый из них толкует основания бытия как материальные, второй – как идеальные. Можно вычленить несколько периодов в трактовке бытия. Первый период – мифологическое истолкование бытия. Вторым этапом связан с рассмотрением бытия «самого по себе» (натуралистическая онтология). Третий период начинается с философии И. Канта; бытие рассматривается как нечто связанное с познавательной и практической деятельностью человека. В истории философии первую концепцию бытия дали древнегреческие философы 6 – 4 веков до нашей эры – досократики. Для них бытие совпадает с материальным, неразрушимым и совершенным космосом. Одни из них рассматривали бытие как неизменное, единое, неподвижное, тождественное себе. Таковыми были взгляды древнегреческого философа Парменида. Он провел принципиальное различие между мышлением и чувственностью, а соответственно и между мыслимым миром и миром чувственно познаваемым. Мышление и соответствующий ему мыслимый, умопостигаемый мир есть прежде всего «единое», которое Парменид характеризовал как бытие, вечность и неподвижность, однородность, неделимость и законченность, противопоставляя его становлению и кажущейся текучести. Он дает одну из первых формулировок идеи тождества бытия и мышления: «мыслить и быть есть одно и то же», «одно и то же мысль и то, на что мысль устремляется». Бытие, по Пармениду, никогда не может ни происходить из небытия, ни каким-либо образом содержать его в себе. Парменид не отрицал чувственного мира, но доказывал, что для его философского и научного осознания мало одной чувственности. Считая критерием истины разум, он отвергал

ощущения из-за их неточности. Другие философы древности рассматривали бытие как непрерывно становящееся. Так, Гераклит сформулировал ряд диалектических принципов бытия и познания. Диалектика у Гераклита – концепция непрерывного изменения, становления, которое мыслится в пределах материального космоса и в основном является круговоротом вещественных стихий – огня, воздуха, воды и земли. Здесь выступает у философа знаменитый образ «реки, в которую нельзя войти дважды», поскольку в каждый момент она все новая. Становление возможно только в виде непрерывного перехода из одной противоположности в другую, в виде единства уже сформировавшихся противоположностей. Так, у Гераклита едины жизнь и смерть, день и ночь, добро и зло. Противоположности пребывают в вечной борьбе, так что «раздор есть отец всего, царь всего». В понимание диалектики входит и момент относительности (относительность красоты божества, человека и обезьяны, человеческих сил и поступков и т. п.), хотя он и не упускал из виду того единого и цельного, в пределах которого происходит борьба противоположностей.

Основные виды бытия

Проанализировав все концепции бытия, которые существовали в истории философии, можно выделять такие *основные виды бытия*:

- бытие вещей и процессов, которые существуют независимо от человека и его деятельности - «первая природа» и бытие вещей и процессов, созданных человеком, - «вторая природа»;
- бытие духовного (идеального), которое разделяют на индивидуализированное и обьективизированное;
- бытие человека как существование его в мире вещей и мире духовных ценностей;
- бытие социальное, что разделяют на бытие отдельного человека и бытия общества в целом.

Попробуем также рассмотреть каждый вид бытия с точки зрения онтологии более подробно.

Известно, что основой человеческой деятельности была и остается природа, которая существовала до человека и существует независимо от него. В результате влияния человека на природу возникла «*вторая природа*», т.е. очеловеченная ее часть.

Осмысливая проблемы существования природы как особой реальности, человек представляет ее как такую, что существовала до и независимо от него, и осуществляет это не только на основе общественно-исторического опыта, а и на основе теоретических выводов природоведения и философии.

Вывод

После написания данного доклада, мы убедились в том, что онтология является важным разделом философии, изучающим бытие как реальную осязаемую и неосязаемую действительность со всеми ее атрибутами и объектами. Изначально онтология выступала разделом метафизики, но после выделились, и даже опередила ее.

Главными категориями бытия выступают материя, движение, время, пространство и сознание (дух), все они тесно связаны, хотя и часто противопоставляются друг друга, например, материя - духу и наоборот. Материя как первовещество, субстанция бытия, объективная реальность, которая дана человеку в ощущениях и которую человек может и старается познать в сознании и самосознании, формирует все разнообразие систем природы, что расположены в пространстве и времени, а также постоянно движутся, то есть меняются.

Человек, обладая сознанием, для которого характерны творческие черты, то есть преобразование действительности, изменяет реальность - «первую природу» и формирует новую систему бытия «вторую природу». Поэтому в онтологии выделены четыре вида бытия:

- бытие вещей, процессов, состояний природы и человека в них («первая» и «вторая» природа);
- бытие человека среди других вещей мира;
- бытие социального (индивидуальное и общественное бытие);
- бытие идеального (духовного).

Все они также тесно взаимосвязаны. Формируя «вторую природу» человек создает мир вещей и духовных ценностей. Живя в этом мире, и общаясь друг с другом, индивиды социализируются и возникает общественное бытие. В обществе возникают культура, символическая система (право, искусство и т.д.), которая создает, в свою очередь, бытие духовного или идеального.

ФИЛОСОФИЯ ПОЗНАНИЯ

А.А. Магомедова - студентка 218 группы педиатрического факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - кандидат философских наук,

доцент кафедры М.Р. Рамазанов

Актуальность. Отношение человека к миру и его познание – одна из вечных проблем философии. Не зря она связана с основным вопросом по философии. Начнём с того что такое познание. Познание – обусловленный практикой процесс приобретения и развития знания, его постоянного углубления, расширения и совершенствования. В основе

познавательного процесса лежит способность сознания к чувственному и рациональному отражению действительности. Эти две составляющие в реальном механизме отражения тесно взаимосвязаны – но и имеют свои особенности.

Человечество имеет большой интерес к познанию мира и самого себя. Человеческое познание имеет огромный потенциал, который может привести к новым открытиям. Проблема в том, что многие вопросы до сих пор остаются без ответа и существуют границы, которые не могут быть преодолены в настоящее время. Важно понимать, что человеческое познание имеет свои ограничения, и что они являются неотъемлемой частью процесса познания. В настоящее время происходит глубокое изучение человеческого познания, ее границ и возможностей, чтобы открыть новые горизонты для человечества в будущем.

Цель: анализ философского представления познания

Материалы и методы исследования. Познавательная деятельность человека, вплетённая в ткань его реальной жизни, всегда неразрывно связана с работой его сознания, с волей, с эмоциями, с памятью. Однако суть познавательного отношения человека к миру, несмотря на все эти сопровождающие факторы, заключается в выработке адекватного воспроизведения действительности, без которого невозможна реальная ориентация человека в мире и успешное преобразование этого мира.

Основным вопросом для теории познания является вопрос, что такое знание, каково его строение, как оно возникает. Так что же такое знание? Знание – объективная реальность, данная в сознании человека,

который в своей деятельности отражает, идеально воспроизводит объективные закономерные связи реального мира. Понятие "знание" характеризует принадлежность человеку определенной информации и частичную осознанность её. Недаром И. В. Гёте писал:

"Что значит знать? Вот, друг мой, в чём вопрос.

На этот счёт у нас не всё в порядке.

Немногих, проникавших в суть вещей и раскрывавших всем души скрижали, сжигали на кострах и распинали, как вам известно, с самых давних дней."

И. Кант писал : "всякое наше знание начинается с чувств, переходит затем к рассудку и заканчивается в разуме". По его мнению, ни чувственные восприятия сами по себе, ни одни только рациональные идеи не могут быть положены в основу знания. Наша природа такова, что созерцания могут быть только чувственными, т.е. содержат в себе лишь способ, каким предмет воздействует на нас. Способность же мыслить предмет чувственного созерцания есть рассудок. Ни одному из этих способностей нельзя предпочесть другой. Без

чувственности ни один предмет не был бы нам дан, а без рассудка ни один нельзя было бы мыслить. Эти две способности не могут выполнять функции друг друга. Рассудок никогда не может созерцать, а чувства – мыслить: только из соединения их может возникнуть знание.

Рациональное познание особенно рельефно выражает природу человека. Именно в сфере рационального человек не знает себе равных. Рационалисты (Декарт, Спиноза, Лейбниц) считали воззрение о выводе понятий из ощущений ложным. Они стремились доказать, что всеобщие и необходимые истины невыводимы непосредственно из данных чувственного опыта и его обобщений, а могут быть почерпнуты только из самого мышления.

Классифицируя суждения на общие и частные, Аристотель показал, что законы природы и общества могут быть выражены только в форме общих суждений, истинных для всех объектов данного класса. Он доказал, что если обе посылки частные, то из них нельзя сделать логического вывода, а предложил правила формирования умозаключения – силлогизма. Например, два суждения: "драгоценные металлы не ржавеют" (большая посылка) и «золото – драгоценный металл» (малая посылка), человек, обладающий развитым мышлением, воспринимает...как готовое логическое отношение, из которого делает вывод: "следовательно, золото не ржавеет". Этот вывод не требует неопровержимого личного опыта, он может быть сделан при помощи силлогизма, созданного в историческом процессе развития мышления.

Результаты исследования. Несмотря на всё это в наше время у человека выработалась способность оценивать и повседневно использовать объективную информацию, поставляемую ощущениями и другими компонентами чувственного опыта. Человек способен сам использовать нужную ему информацию и воспроизводить те знания, которые ему нужны в повседневной жизни.

Вывод. В конце мне бы хотелось закончить статью высказыванием Ленина : "Первая посылка теории познания, несомненно состоит в том, что единственный источник наших знаний - ощущения".

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. ПРОБЛЕМЫ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ

М.М. Абдулаева – студентка 2 курса 4 группы педиатрического факультета

Кафедра гуманитарных дисциплин

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.ф.н. З.Э. Абдулаева

Актуальность. Взаимодействие врача и пациента всегда являлось неотъемлемой частью медицинской практики. В 21 веке медицина движется вперед семимильными шагами,

но такая скорость развития имеет свои издержки, одним из которых является дегуманизация медицины – явление, при котором врач концентрируется на лечении заболевания, игнорируя при этом личность пациента. Именно эта проблема поднимается в данной работе.

Цель исследования. Целью исследования является оптимизация взаимоотношений между врачами и пациентами, а также выработка предложений по преодолению коммуникационных барьеров, возникающих в процессе диагностики и лечения. Цель работы определила постановку следующих задач:

1. Изучение теоретических основ коммуникации в медицинской среде.
2. Сбор и анализ данных, полученных в результате опроса респондентов на тему личного отношения к медицинскому работнику и медицинской сфере в целом.
3. Выявление основных проблем, возникающих между медицинскими работниками и пациентами и последующие предложения способов решения этих проблем.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования использовались следующие общие и частные методы:

1. Анализ тематической литературы.
2. Анкетирование.
3. Анализ полученных результатов, обобщение.

Рассмотрим основные модели взаимоотношения «Врач-пациент» по Витчу.

1. Инженерная модель. В рамках этой модели пациент предстает перед врачом как безличный механизм и основная задача врача – исправить отклонение в неисправном физиологическом механизме, игнорируя при этом личностную составляющую пациента.

У данной модели есть существенные недостатки:

1. Пациент не участвует в обсуждении лечения, не может выбрать наиболее приемлемый для себя способ лечения.
2. Данная модель низводит пациента до состояния объекта, что противоречит принципу уважения прав и достоинства личности.

Несмотря на существенные недостатки, данная модель также имеет некоторые преимущества. Она ускоряет процесс диагностики и лечения, что позволяет повысить эффективность работы врача, так же ограничение пациента от участия в терапевтическом процессе не позволяет влиять субъективным (и, зачастую, необоснованным) оценкам на процесс лечения, что так же повышает производительность работы врача.

2. Патерналистская модель. Отношения врача и пациента в данной модели сходны с отношениями «отца и ребенка», «прихожанина и священника». Она основана на принципах милосердия, заботы и справедливости. На основании полученных данных врач самостоятельно регулирует наиболее подходящее, по его мнению, лечение пациента.

Последнее слово остается за врачом. Данная модель наиболее применима в психиатрии, педиатрии, гериатрии, так как в данных сферах пациенты неспособны на объективную оценку своего состояния и на адекватный выбор метода лечения.

Так же у патерналистской модели есть существенный недостаток в виде ограничения автономии пациента – больной становится зависимым от воли врача, что порождает страх перед ним, вследствие наличия у врача правом распоряжаться здоровьем пациента.

3. Коллегиальная модель. В данной модели господствует принцип равноправия. Врач предоставляет пациенту наиболее полную информацию о состоянии его здоровья и о методах лечения, а пациент, в свою очередь выбирает, какое лечение проводить и проводить ли его вообще. Данная модель является наиболее популярной на Западе, так же она постепенно распространяется на территории нашей страны. В основе данной модели лежит уважение к личности, мнению и интересам пациента. Также эта модель реализует право на свободу выбора. Недостатком этой модели является влияние некомпетентности пациента на эффективность лечения. Не все обладают достаточной медицинской грамотностью. Так же велико негативное влияние медицинских препаратов и услуг по телевидению, что снижает доверие пациентов к лечащим врачам.

4. Контрактная модель. Данная модель основывается на принципе контракта. Пациент и врач заключают договор, согласно которому каждая из сторон имеет свои права и обязанности. Если пациента не устраивают условия или же результат лечения, он вправе поменять врача или даже клинику. В данной модели врач низводится до состояния «обслуживающего персонала», что понижает его авторитет в глазах пациента. Пациент так же решает, какие рекомендации он будет выполнять, а какие нет, что тоже негативно влияет на эффективность лечения.

Автором был проведен опрос среди граждан РФ в возрасте от 17 до 35 лет. По результатам анкетирования, 54% процента респондентов предпочли бы полностью положиться на выбор врача в вопросах лечения, 46% в свою очередь хотели бы самостоятельно принять решение о дальнейшей стратегии лечения. 37% имели только положительный опыт обращения к медицинским работникам и доверяют лечащим врачам полностью, 60% относятся к системе здравоохранения нейтрально, готовы обратиться к врачу, но к прописанному лечению будут относиться с долей сомнения, и у 2% только негативный опыт обращения к врачам и полное недоверие системе здравоохранения. 71% респондентов считают, что пациент обязан самостоятельно принять решение о проведение лечения, 29% считают, что пациент не должен иметь автономии в вопросах лечения, и все решения за него должен принимать врач.

Результаты исследования. На основании анализа приведенных материалов, автором

предложен комплекс мер, рассчитанных на решение проблем взаимодействия врача и пациента.

1. Индивидуальный подход, применяемый медицинским работником в соответствии с психологическими особенностями, возрастом и потребностями пациента. Не все желают принимать решение о лечении самостоятельно, так же не многие решаются доверять лечащему врачу полностью.

2. Реализация государственных мер, направленных на контроль поступающей рекламы лекарственных препаратов и медицинских услуг в СМИ и поддержание высокого имиджа доказательной медицины среди населения.

3. Комплекс мер, направленных на повышение квалификации медицинских работников в коммуникационной сфере. Необходимо научить врачей не только лечить, но и слышать и слушать пациента, уметь расположить больного к себе.

Выводы. Подводя итоги, следует отметить, что зачастую весь результат лечения основывается на доверии больного лечащему врачу, поэтому важно развивать коммуникационные навыки, и умение общаться с пациентами.

АКТУАЛЬНОСТЬ УЧЕНИЙ МАРКСИЗМА О РАЗВИТИИ ОБЩЕСТВА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Х.М. Курбанова – студентка 218 гр. педиатрического факультета

Кафедра Гуманитарных дисциплин

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – доцент М.Р.Рамазанов.

Одна из дат, отмечаемых в философском сообществе в 2018 г., связана с именем Карла Генриха Маркса — одного из величайших мыслителей не только XIX столетия, но и всей истории человеческой мысли, которая, стоит отметить, не ограничивается лишь рамками философии. Дата эта — 5 мая — день 200-летия со дня рождения К. Маркса. За эти годы учеными-критиками написано множество работ, в которых рассмотрена теория марксизма с точки зрения абсолютно противоположных философских и политических позиций. До сих пор продолжают споры о ее актуальности. Некоторые исследователи считают, что имеет место некая историческая «отсталость» учений К. Маркса, ведь он жил в свое время с его закономерностями, и, исходя из этого, они утверждают, что его теория не соответствует нашему времени. Одни указывают на неточности марксистской теории. Другие говорят, что К. Маркс «продолжает жить» и все еще актуален, как ни один из авторов, его идеи стали составной частью того мира представлений об экономике, в рамках которого мы все мыслим. В этой связи возникает вопрос: какой «лагерь» ученых-исследователей прав? На

самом ли деле К. Маркс со своей теорией невероятно актуален в наши дни или же она стала «архаичной»? Попробуем разобраться.

Марксизм – своеобразный сплав социально-политических, экономических и философских идей. Он выступил как одно из влиятельных направлений мирового социал-демократического движения, его идеологии и практики.

Марксистское учение сформировалось в сер. XIX в. В это время в Европе прокатилась волна буржуазных революций, которые привели к краху феодальные режимы. Однако лозунги революции: равенство, свобода, справедливость не воплотились в жизнь. Социальная действительность во многих странах характеризуется противостоянием двух классов: буржуазии и пролетариата.

Социальными предпосылками возникновения марксизма является: обострение общественных противоречий, которые требовали понимания сущности социальных процессов, глубинных источников и механизмов общественного развития. Естественно-научные предпосылки – три великих открытия (закон сохранения и превращения энергии, теория клетки и эволюционная концепция Дарвина). Они подтвердили универсальный и всеобщий характер развития. Философские предпосылки: антропологический материализм Фейербаха и диалектическая философия Гегеля.

Марксизм строится на философских принципах Г. Гегеля. Ключевой принцип — историзм. К. Маркс считал историю естественным процессом, именно поэтому она поддается познанию.

Одной из важнейших открытий марксизма считается материалистическое понимание истории. Основные положения отразились в предисловии к работе «К критике политической экономии» (1859). Они сводятся к следующим: В общественном производстве люди вступают в определенные, необходимые, от их воли независимые отношения. Производственные отношения соответствуют определенной ступени развития производительных сил. Совокупность производственных отношений – базис, экономическая структура общества. Надстройка включает духовную сферу общества и возвышается над базисом. Способ производства материальной жизни обуславливает социальные, политические и духовные процессы жизни. Не сознание людей определяет их бытие, а наоборот, общественное бытие определяет их сознание – суть материалистического понимания истории. Общественное бытие – деятельная жизнь людей, взятых в исторически конкретных условиях своего существования.

Формула Маркса: сознание не может быть ничем иным, как осознанным бытием. Бытие для Маркса, в первую очередь, не открытый человеку мир, который он созерцает и осмысливает. Это деятельное бытие самого человека. Внешнее бытие, существующее вне и

независимо от самого человека осознается, осмысливается. По Марксу, развитие производительных сил приводит со временем к их противоречию с существующими производственными отношениями, юридическим выражением которых являются отношения собственности.

Противоречие разрешается через социальную революцию. С изменением экономической основы более или менее быстро происходит переворот во всей надстройке. Основные положения, выдвинутые марксизмом:

- о примате общественного бытия по отношению к общественному сознанию;
- о решающей роли материального производства;
- о необходимости соответствия производственных отношений характеру и уровню развития производительных сил;
- об определяющем воздействии экономического базиса на все многообразие надстроечных явлений;
- о неизбежности перехода от одной формации к другой.

Все они представлены и обоснованы как законы общественного развития, действующие, подобно законам природы, объективно и непреложно. Поэтому основоположники марксизма называли развитие общества естественно-историческим процессом. Однако, в отличие от природы, в общественной жизни законы прокладывают себе дорогу через сознательную деятельность людей.

Наибольшее значение в своем анализе общественного бытия и развития Маркс придавал именно экономической системе сложившегося общества, выдвигая примат производственных сил и отношений в становлении и развитии системы того или иного общества людей и их отношений в этой системе.

Когда Маркс создавал свою теорию, он не задавался вопросом о том чем объяснить войны, государства, религию, философию, мораль и т.д. Маркс поставил перед собой такой вопрос об обществе который не могли поставить в течение тысячелетий многие мыслители мира.

Наблюдая многочисленные явления общественной жизни и пытаясь охватить их в своей теории, Маркс задал себе ключевой вопрос: «Каковы условия существования общества любого типа?» И ответ на этот вопрос очевиден. Условием существования общества любого типа является необходимость объединения людей для производства материальных благ и средств к жизни. Без этого не может быть человеческого общества. Значит, чтобы человек смог вести социальную жизнь, он должен объединиться для производства средств к существованию. Вот, что лежит в основе Марксистской науки об обществе – это железобетонный научный фундамент Марксизма об обществе: нет средств для

существования – не всего остального.

Таким образом, представляется, что К. Маркс создал собственную научную программу и парадигму политической экономии, которая была синтезирована из положений предшествующих теорий в органическое целое. Гораздо более продуктивными стали попытки синтеза марксизма с достижениями других школ и направлений экономической науки, что невозможно без определенной свободы творчества и дискуссий. Экономическая теория К. Маркса оказала огромное влияние практически на все школы и направления экономической науки в XX в. Дискуссии вокруг его теории вне зависимости от того, разделяли ли их участники цели и ценности К. Маркса и его теорию, сыграли значительную роль в прогрессе науки.

ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И БОЛЬНОГО

А.И. Гусейнова – студентка 202 гр. педиатрического факультета,

М.М. Сапарчаева – студентка 201 гр. педиатрического факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д. ф. н., проф. Т. Э. Кафаров

Актуальность: В современном мире остро стоит проблема взаимоотношений между врачом и пациентом. В деонтологии это является основной проблемой, так как от этого во многом зависит исход лечения. Недопонимания часто разрушают доверие пациента к врачу, которое так необходимо при нахождении пациента в стационаре. Актуальна данная проблема не только в медицине и деонтологии, но и в философии, ведь именно эта наука изучает социум во всех аспектах.

Цель исследования: Основной целью является изучить причину возникновения недопониманий, и понять насколько сильно изменилась данная ситуация со временем. И конечно же понять, кто виноват Врач или пациент?

Материалы и методы исследования: Опрос пациентов, наблюдение за взаимоотношениями врача и пациента в стационаре.

При поступлении в лечебное учреждение больной находится в непривычной для него обстановке и социуме, что может сильно повлиять на его эмоциональное состояние. Это значит, что пациент чувствует не только боль, но и недоверие к окружающей его обстановке. В данном положении только врач может повлиять на это, успокоить его психоэмоциональное состояние и обеспечить покой, так как именно в нём пациент видит человека, способного помочь, и очень важно для врача не потерять этот контакт с больным. Именно благодаря этим взаимоотношениям будет понятен исход лечения. Доверяя врачу,

пациент очень сильно облегчает задачу верно поставить диагноз и назначить лечение.

Однако в мире современных технологий, пациенты начинают больше доверять интернету и заниматься самолечением, что может очень плохо сказаться на их самочувствии. Именно эта проблема очень актуальна на данный момент и вызывает во многом недоверие к медицине и врачам.

Врачи также играют немало важную роль в этой ситуации. Непрофессионализм, неумение общаться с пациентами вызывает огромное недоверие, что приводит к плохому исходу. Очень важно понимать, что во время болезни пациент очень встревожен и нуждается не только в медицинской поддержке, но и психологической, что может обеспечить только высококвалифицированный врач.

Результаты исследования: По результатам исследования, мы поняли, что в наше время заметно сильное недоверие к врачам, но при этом большая часть населения с пониманием относится к сложной и непростой работе и стараются обращаться совсем иначе, как и врачи по отношению к ним.

Выводы: Выстроить доверительные отношения между больным и врачом, является достаточно нелегкой задачей для двух сторон, однако, проявив немного терпения, можно в корне изменить сложившуюся в современном мире ситуацию, и тем самым повлиять на сроки выздоровления, ведь доверие является основополагающим фактором работы врача.

По мнению Дёрнера, важнейшей задачей врача является выход из-под влияния любых оценок, и исполнение им своего долга вне зависимости от них. Следует отметить, что для этого не в последнюю очередь врач и пациент должны пройти «стадию зеркала» – каждый из них должен суметь увидеть себя глазами другого.

АГНОСТИЦИЗМ: ВЕРА В НЕЗНАНИЕ

Р.А. Давдиев – студент 13 гр 2 курса лечебного факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель -. канд. филос.наук А. С Халиков

Актуальность работы заключается в том, что агностицизм - это философское учение, которое признает невозможность достоверно установить наличие или отсутствие высших сил, божественных существ или сверхъестественных явлений, представляющее собой веру в незнание, основанную на признании ограничений наших знаний и возможностей познания окружающего мира. Сегодня агностицизм является актуальной темой для обсуждения в свете различных религиозных и научных дискуссий. С одной стороны, агностики утверждают, что нельзя достоверно установить наличие или отсутствие

высших сил, поэтому они не придерживаются никакой религии. С другой стороны, многие научные открытия и теории, такие как Большой взрыв и теория эволюции, приводят к вопросам о существовании божественного творения и трансцендентальных сил.

Цель исследования заключается в изучении основных принципов агностицизма и рассмотрении его роли в современном обществе.

Материалы и методы исследования. Философия - это наука, которая не требует использования каких-либо конкретных материалов или методов исследования. Вместо этого, использованы логический анализ и рассуждения, чтобы изучать фундаментальные вопросы, касающиеся смысла существования и отношения между человеком и миром. Для уточнения понимания агностицизма, были использованы такие методы, как анализ истории философии и рассмотрение различных точек зрения на эту тему. Также, для уточнения и подтверждения своих выводов, был использован метод сравнительного анализа.

Результаты исследования.

Философия - это наука, которая не требует проведения экспериментов или получения конкретных результатов, как это делается в науках, основанных на эмпирических данных. Однако, в статье представлены различные рассуждения, основанные на философском анализе и использовании различных методов.

- Агностицизм является философским учением, которое признает невозможность достоверно установить наличие или отсутствие высших сил, божественных существ или сверхъестественных явлений.
- Агностицизм основывается на признании ограничений наших знаний и возможностей познания окружающего мира.
- Агностицизм не отрицает возможности существования божественных сил, но признает, что мы не можем достоверно установить их наличие или отсутствие.
- Агностицизм может быть использован как альтернатива религиозным верованиям, которые основываются на догматическом знании и вере в то, что не может быть доказано.
- Агностицизм может быть применен в различных областях знания, включая науку и этику, чтобы помочь людям прийти к более осознанному пониманию окружающего мира и своей роли в нем.
- Агностицизм может быть рассмотрен как философская позиция, которая не отрицает возможности знания, но признает, что наше знание всегда ограничено и не полное.

Выводы

1. Агностицизм имеет исторические корни, которые связаны с различными

философскими и религиозными традициями.

2. В современном обществе агностицизм может рассматриваться как один из способов реагирования на быстро меняющийся мир

3. Некоторые аргументы в пользу агностицизма могут привести к отказу от поиска истины или к отказу от ответственности за свои поступки и убеждения.

Список литературы

1. Абачиев С. К. Социальная философия. Учебник для академического бакалавриата. — М.: Юрайт. 2019. 322 с.

2. Алексеев П. В., Панин А. В. Философия. Учебник. — М.: Проспект. 2020. 592 с.

3. Алексеева Т. А. Теория международных отношений как политическая философия и наука. Учебное пособие. — М.: Аспект Пресс. 2019. 608 с.

4. Боженков А. З. Основы философии. Учебное пособие. — М.: Фолиант. 2017. 280 с.

5. Бранская Е. В., Панфилова М. И. Основы философии. Учебное пособие для СПО. — М.: Юрайт. 2019. 184 с.

6. Ветошкин А. П., Некрасов С. И., Некрасова Н. А. Философия с иллюстрациями. Учебник. — М.: РГ-Пресс. 2020. 624 с.

7. Губин В. Д., Некрасова Е. Н. Философия культуры. Учебник. — М.: РГГУ. 2019. 185 с.

8. Гуревич П. С., Филатов О. К. Философия и история образования. От Античности до эпохи просвещения. Учебное пособие для академического бакалавриата. — М.: Юрайт. 2019. 290 с.

9. Демина Л. А., Малюкова О. В., Бучило Н. Ф. Философия. Учебник. — М.: Проспект. 2020. 360 с.

10. Доброхотов А. Л. Философия культуры. — М.: Высшая Школа Экономики (Государственный Университет). 2016. 560 с.

АКСИОЛОГИЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТЕЙ И ИХ РОЛИ В ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ

Н. М. Ганиев – студент 13 группы 2 курса лечебного факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - канд. филос.наук А. С. Халиков

Актуальность работы заключается в том, что в нашем современном обществе, где мы

сталкиваемся с различными моральными дилеммами и этическими вопросами, а также с разнообразием культурных и социальных ценностей, аксиология остается крайне актуальной и важной темой для обсуждения и исследования. И нам стоит лучше понять, как ценности формируются и меняются, как они влияют на нашу жизнь и на общество в целом.

Цель исследования. Изучение различных систем ценностей и их влияния на поведение человека и общество в целом.

Материалы и методы исследования. Философия относится к наукам, не требующим проведения экспериментов или получения конкретных результатов, как это делается в более точных науках. Поэтому в статье были применены иные методы для выяснения важности аксиологии в жизни человека, в частности, основанные на философском анализе и логическом анализе. Также для уточнения результатов был применен метод сравнительного анализа.

Результаты исследования. Было проведено исследование взаимодействия между различными ценностными системами в межкультурном диалоге и поиск способов их взаимопонимания. Также был проведен обзор и критический анализ существующих теорий и концепций в области аксиологии и их применение в философии. Вместе с тем было проведено исследование этических и моральных проблем, связанных с конфликтом ценностей, и проведена некоторая разработка путей их разрешения.

Выводы. 1. Ценности являются важным аспектом жизни человека и общества, и их понимание и анализ являются необходимыми для понимания многих других аспектов жизни.

2. Ценности являются динамическими и могут изменяться в социальном и культурном контексте, что влияет на поведение и отношения людей в обществе.

Список литературы

1. Алексеев П.В. История философии. - М.: Проспект, 2012. - 237 с.
2. Барышков В.П. Аксиология: учебное пособие. - Саратов: Издательский центр "Наука", 2009. - 65 с.
3. Ильин В.В. История философии. - СПб.: Питер, 2009. - 731 с.
4. Алексеев П. В., Панин А. В. Философия. Учебник. — М.: Проспект. 2020. 592 с.
5. Алексеева Т. А. Теория международных отношений как политическая философия и наука. Учебное пособие. — М.: Аспект Пресс. 2019. 608 с.
6. Боженков А. З. Основы философии. Учебное пособие. — М.: Фолиант. 2017. 280 с.

КОГДА РАЗУМ ВЛЮБЛЕН: ФИЛОСОФИЯ ЛЮБВИ

К.В. Тагирова – студентка 37 группы 2 курса лечебного факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Философия любви - это тема, которая остается актуальной и привлекательной для людей во все времена. В эпоху быстрого технологического прогресса и изменений в социальных отношениях, философия любви может помочь нам лучше понимать сущность наших чувств и отношений, а также помочь нам найти пути к счастливой и фулфиллинговой любви. Кроме того, статья может быть актуальной для тех, кто ищет более аутентичные и интимные отношения в мире, где коммуникация все больше осуществляется через электронные устройства. Философия любви может помочь людям понимать, что настоящие отношения требуют реального общения, взаимного уважения и понимания, а не только обмена сообщениями в социальных сетях. Помимо вышесказанного, статья может быть полезна для тех, кто интересуется вопросами гендерной и сексуальной идентичности. Современный мир стал более открытым и толерантным к различным формам сексуальной идентичности, и философия любви может помочь людям разобраться в своих чувствах, эмоциях и потребностях в отношениях, особенно если они не соответствуют традиционным стереотипам.

Цели исследования. Изучение различных философских концепций любви и их роли в человеческой жизни а также исследование психологических аспектов любви, включая вопросы выбора партнера, развития отношений и т.д.

Материалы и методы исследования Так как философия не относится к группе наук требующих получения точных результатов и использования соответствующих методов. Поэтому были применены такие методы как логический анализ текстов, а также рассуждения, чтобы изучать основные вопросы, которые касаются философии любви в прошлом, и в наше время.

Вместе с тем, для уточнения и подтверждения своих выводов были применены сравнительный и философский анализы.

Результаты исследования. Были проанализированы различные концепции и теории любви и их роли в жизни человека и общества, и взяты такие теории как

1. Теория любви как страсти
2. Теория любви как выбора
3. Теория любви как привязанности

Мыслители имеют разные взгляды на то, что такое любовь. Некоторые считают любовь био-логическим импульсом, другие - социально конструированным феноменом. Они выделяют отличия между любовью как эмоцией и любовью как выбором.

Аристотель, например, считал, что любовь - это стремление к совершенству и

красоте, а Со-крат утверждал, что любовь - это поиск истины. Мартин Бубер определял любовь как взаимоотношение "Я-Ты", в то время как Жан-Поль Сартр говорил о любви как о "взгляде".

Также были проанализированы аргументы различных философов о важности или же бесполезности любви, а вместе с тем, аргументы о целях любви.

Выводы. Учитывая то, что мнения различных философов о целях, смысле, функциях любви, были сделаны следующие выводы:

1. Любовь может быть источником счастья и личностного роста, но также может привести к разочарованию и страданию.

2. В нашем обществе существует много разных идей и концепций любви, и важно уважать и признавать их разнообразие.

3. Понимание любви и отношений может помочь людям построить более здоровые и гармоничные отношения, основанные на уважении, доверии и взаимопонимании.

И все же, даже с учетом проведенного анализа, вопросы касающиеся философии любви будут актуальны во все времена.

Список литературы

1. Ветошкин А. П., Некрасов С. И., Некрасова Н. А. Философия с иллюстрациями. Учеб-ник. — М.: РГ-Пресс. 2020. 624 с.
2. Губин В. Д., Некрасова Е. Н. Философия культуры. Учебник. — М.: РГГУ. 2019. 185 с.
3. Гуревич П. С., Филатов О. К. Философия и история образования. От Античности до эпохи просвещения. Учебное пособие для академического бакалавриата. — М.: Юрайт. 2019. 290 с.
4. Демина Л. А., Малюкова О. В., Бучило Н. Ф. Философия. Учебник. — М.: Проспект. 2020. 360 с.
5. Доброхотов А. Л. Философия культуры. — М.: Высшая Школа Экономики (Государственный Университет). 2016. 560 с.
6. Ивин А. А., Никитина И. П. Философия науки. Учебное пособие. — М.: Проспект. 2020. 352 с.
7. Канке В. А. Философия для психологов. Учебник. — М.: Инфра-М. 2018. 316 с.
8. Кузьменко Г. Н., Отюцкий Г. П. Философия и методология науки. Учебник. — М.: Юрайт. 2014. 450 с.
9. Кафаров Т. Э. Полифония любви. Философские и социологические очерки – 2-е изд., испр. и доп. М.: ФГУП Издательский Дом «Типография», 2015 – 216с.

ФИЛОСОФИЯ ЖИЗНИ: ПОНИМАНИЕ СМЫСЛА И ЦЕННОСТИ
П.О. Далгатова – студентка 14 группы 2 курса лечебного факультета
Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д. ф. н., проф. Т. Э. Кафаров

Актуальность. Философия жизни - это тема, которая всегда актуальна и важна для каждого человека. В нашем быстро меняющемся и нестабильном мире, когда мы сталкиваемся с множеством вызовов и проблем, философия жизни может помочь нам найти свой путь, понять смысл нашего существования и научиться жить настоящим.

Цель исследования. Изучение разных концепций жизни и их роли в формировании человеческой личности и культуры а также анализ взаимосвязи между жизнью и смертью, исследование различных точек зрения на смысл жизни и после жизни.

Материалы и методы исследования. Учитывая отсутствие необходимости проведения экспериментов и получения точных результатов, были использованы такие методы как логический анализ и рассуждения, чтобы изучать фундаментальные вопросы, касающиеся философии жизни с использованием трудов различных философов, таких как Аристотель, Платон, Ницше, Кьеркегор и других.

Для уточнения сделанных выводов по вопросам философии любви были использованы такие методы как метод сравнительного анализа и анализ истории философии жизни .

Результаты исследования. С учетом проведенных исследований были выявлены основные концепции жизни, а также их основные характеристики и отличия друг от друга . Помимо этого было исследована взаимосвязь между жизнью и смертью и выявлены различие точек зрения на смысл жизни и жизнь после и взаимосвязь между жизнью и другими аспектами нашей жизни, такими как работа, семья, друзья, здоровье и т.д.

Выводы. С учетом всего вышесказанного можно сделать выводы:

1. Существуют различные концепции жизни, которые могут представлять разные точки зрения на ее смысл и ценность.
2. Философия жизни может помочь людям лучше понимать и оценивать свою жизнь, а также принимать более осознанные решения.
3. Качество жизни может быть оценено по различным критериям, которые могут включать физическое и психическое здоровье, уровень дохода, качество отношений и т.д.

Список литературы

Абачиев С. К. Социальная философия. Учебник для академического бакалавриата. — М.: Юрайт. 2019. 322 с.

Алексеев П. В., Панин А. В. Философия. Учебник. — М.: Проспект. 2020. 592 с.

Алексеева Т. А. Теория международных отношений как политическая философия и наука. Учебное пособие. — М.: Аспект Пресс. 2019. 608 с.

Боженков А. З. Основы философии. Учебное пособие. — М.: Фолиант. 2017. 280 с.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У МЫШЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

М.М. Гаджимурадова – студентка 621 гр. лечебного факультета,

Ш.З. Магомедова - студентка 621 гр. лечебного факультета

Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.Г. Магомедгаджиев

Актуальность. Токсическое воздействие антропогенных факторов способно запускать аутоиммунные процессы в макроорганизме с вовлечением в них и дермы, которые способны вызвать раннюю манифестацию генодерматозов. Этот фактор в аграрном регионе России требует своего изучения. Генетические мутации, врождённые пороки внутриутробного развития, высокая заболеваемость дерматозами могут быть вызваны мутагенами окружающей среды.

Цель. Изучить воздействие антропогенных факторов на кожу мышей и их генотоксичность на первом потомстве.

Материалы и методы. Экспериментальные мыши линии аутбредные SHK в количестве 84, распределены на 6 клеток. В каждой клетке 10 самок и 4 самца. Исследовали воздействием пестицидов и электромагнитного излучения телефона.

Результаты. При осмотре животных фиксировалась динамика таких показателей, как средняя масса тела, уход за шерстью, активность, симптомы интоксикации, клиническая картина, а также проводили дерматоскопию кожи мышей опытных серий и их первого потомства. В серии «Демитан» установлено нарушение микроциркуляции в коже ушной раковины, и у всех подопытных мышей (кроме контрольных) нарушение целостности кожи подошвы в виде эрозий, трещин и чешуек. В коже спины новорожденных подопытных серий на второй день жизни присутствует гиперемия и вторичные эффоресценции, а к 5-6 неделе жизни на подошве появляются эрозии, корочки и обильное шелушение.

Выводы. Полученные нами результаты позволяют сделать вывод о эмбриотоксичном воздействии пестицидов на плод мышей, которое проявляется в постнатальном периоде патологией кожи, задержкой их развития и смертью в первый месяц жизни. Нарушения целостности рогового слоя отмечается у взрослых особей при эндогенном воздействии антропогенных факторов в течение уже первых 1-2 месяцев.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ЖИВЫЕ КЛЕТКИ

З.Б. Кадималиева - студентка 1 курса лечебного факультета

Кафедра медицинской биологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научные руководители – к.б.н., доцент С.А. Трунова,
к.м.н. доцент С.Г. Нурмагомедова

Актуальность работы заключается в том, что сейчас остро стоит проблема детского алкоголизма. Подростки начинают употреблять спиртное с раннего детства, обрекая себя на неполноценную жизнь.

Цель: экспериментальным путем определить отрицательное влияние алкоголя на живые клетки.

Материалы и методы исследования. Экспериментальному исследованию подвергали растения и органы животных. Для доказательства влияния алкоголя на всхожесть, рост и развитие растений в две чашки Петри, на дно которых поместили вату, положили по четыре зубчика чеснока. Ежедневно в одну чашку добавляли воды, а в другую спирт.

Провели эксперимент, показывающий обезвоживающий эффект.

От картофеля отрезали 8 одинаковых ломтика толщиной 1 см, длиной 4 см, поместили в две чашки по 4 в каждую. В первую налили воду, во вторую спирт. Через 24 часа измерили длину ломтиков. В чашке с водой длина ломтиков картофеля составляла 4 см, т. е. изменения в длине не произошли. В чашки со спиртом длина каждого ломтика уменьшилась почти на 1 см.

Для убеждения влияние алкоголя на развитие зародыша, провели эксперимент на побеге малины.

В два сосуда с водой поместим черенки малины. Разместили их в тёплом и светлом месте. Когда стали набухать почечные чешуйки, в один из сосудов добавили спирт. В течение 10 дней (на 20 день) наблюдали за развитием побегов.

Рассмотрели какое влияет спирт на белки.

В две тарелки налили яичный белок (известно, что цитоплазма половых клеток содержит значительное количество белка). В одну из них добавили спирт, в другую воду.

Проверила как воздействует этанол на печень.

В одну емкость с печенью курицы налила спирт, а в другую воду.

Результаты исследования:

1. У зубчиков чеснока, политых водой на шестой день виден пучок мочковатых корней, проросли зачаточные листья, а на двадцатый день хорошо видна корневая система, на листьях заметно жилкование.

У зубчиков чеснока, политых спиртом, размеры зубчиков уменьшились, нет признаков развития корней, листьев, а на двадцатый день зубчики чеснока имели прежний вид.

2. В чашке с водой длина ломтиков картофеля составляла 4 см, т. е. изменения в длине не произошли. В чашки со спиртом длина каждого ломтика уменьшилась почти на 1 см.

3. В сосуде, содержащем спирт, развитие побега прекратилось, а в сосуде с водой из почек появились листья.

4. Через 3 минуты увидели, как спирт осаждает белки из раствора. Белок на глазах уплотняется. Спирт осаждает белки из раствора, а белок обработанный водой, имел обычный вид.

5. Через пять минут произошло изменение окраски темно-коричневого органа до белого в емкости с печенью, находящимся в спирте.

Выводы:

- Спирт прекращает рост и развитие живых клеток.
- Свежий картофель состоит из живых клеток и это значит, что эти клетки затронул обезвоживающий эффект алкоголя.
- алкоголь убивает растение в зародыше, прекращает его рост и угнетает развитие побега.
- Спирт денатурирует белок, отнимает у него воду, осаждает и необратимо изменяет его структуру, отрицательно воздействует на репродуктивную систему.
- этанол разрушает (обжигает) эритроциты и клетки тканей печени.

ИЗУЧЕНИЕ ОСТЕОПРОТЕКТИВНЫХ СВОЙСТВ СТРОНЦИЯ ХЛОРИДА

В.А Миненок – студентка 3 гр. лечебного факультета

Кафедра травматологии и ортопедии

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.В. Файтельсон

Актуальность. Остеопороз является очень распространенным заболеванием. Распространенность остеопороза значительно увеличивает риск возникновения переломов. Так, исследователи к 2035 году прогнозируют увеличение числа переломов на фоне остеопороза с 590 тыс. до 730 тыс. в год. Эти данные подтверждают необходимость поиска новых препаратов для лечения и профилактики остеопороза.

Цель исследования. Изучение эффективности остеопротективных свойств стронция хлорида в условиях индуцированного остеопороза.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 80 самок крыс линии Wistar. Остеопороз моделировался путем билатеральной овариэктомии. В контрольную группу (1 группа) вошли интактные животные (n=20), во 2 группу (n=20) вошли животные с индуцированным остеопорозом с переломом без лечения, в 3 группу (n=20) – крысы с переломом на фоне остеопороза, которым вводили суспензию стронция хлорида, 4 группу (n=20) составили лабораторные животные с переломом на фоне остеопороза, которые получали препарат Строметта.

Всем лабораторным животным на 60 день была проведена цифровая рентгеновская денситометрия. При помощи доплеровского флоуметра был произведен расчет уровня микроциркуляции.

Результаты исследования. При проведении цифровой рентгеновской денситометрии были получены следующие результаты: $2,971 \pm 0,025$ г/см² в контрольной группе; $2,665 \pm 0,035$ г/см² в группе с переломом без лечения; $2,943 \pm 0,028$ г/см² в группе с применением стронция хлорида; $2,936 \pm 0,021$ г/см². Таким образом, при применении стронция хлорида произошло восстановление плотности костной ткани на 99% от исходной (группа контроля).

Значения микроциркуляции в метафизе бедра имели следующий вид: $92,08 \pm 3,66$ ПЕ; $71,81 \pm 3,31$ ПЕ; $77,19 \pm 3,02$ ПЕ; $75,91 \pm 1,94$ ПЕ в 1,2,3,4 и 5 группах соответственно. Таким образом, при применении стронция хлорида произошло увеличение микроциркуляции в проксимальном метафизе бедра на 84% от исходных значений (группа контроля).

Выводы. Полученные результаты могут говорить о перспективности проведения полных доклинических исследований стронция хлорида с целью введения этого препарата в практику для коррекции остеопороза.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЬГИМАФА В ТЕРАПИИ КАРИЕСА ДЕТИНА И ПУЛЬПИТА

М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета

М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

Актуальность. До настоящего времени мы не располагаем идеальным, удовлетворяющим всем требованиям прокладочным материалом для лечения глубокого кариеса, травматического и острого очагового пульпита, чем и объясняется непрекращающийся поиск в этом направлении. Большое внимание уделяется материалам, обладающим пролонгированным действием на воспаленную пульпу, усиливающим ее одонтотропную функцию и реминерализующим дно кариозной полости при однократном посещении больным врача.

Перспективным препаратом в этом отношении является препарат «Альгимаф». Международное наименование «Альгимафа»: кальция глюконат + мафенид + натрия алгинат + фенозановая кислота (Calcium gluconate + Mafenide + Sodium alginate + Fenosanilic acid). Оказывает дерматопротекторное, дренирующее, регенерирующее и антисептическое действия. Защищает рану от экзогенных воздействий, хорошо поглощает экссудат, обладает противомикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, стимулирует процессы репарации-регенерации.

Показаниями к применению «Альгимафа» являются ожоги (II - III ст.), длительно не заживающие трофические язвы (любой этиологии, в т.ч. лучевые) и раны различного происхождения (во II-ой фазе раневого процесса).

Цель исследования: экспериментальное обоснование эффективности применения «Альгимафа» в качестве лечебной прокладки при глубоком кариесе, травматическом и остром очаговом пульпите.

Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование проводили на 116 зубах 58 беспородных крыс-самцов в возрасте от 6 месяцев до 1 года и массой от 180 до 200 граммов, содержащихся в одинаковых условиях вивария.

Под тиопенталовым наркозом на пришеечной и жевательной поверхностях зубов турбинной бормашиной формировали полости, соответствующие по глубине дефектам при глубоком кариесе. Модель экспериментального травматического пульпита создавали легким прокалыванием острым зондом одного из наиболее просвечивающихся на дне глубокой полости рогов пульпы.

Лечение проводили через 1 сут после создания глубокой полости и травматического пульпита.

Экспериментальный материал был распределен на 2 группы. 1-я группа зубов: а) глубокая полость с лечебной прокладкой из Кальцевита;

б) травматический пульпит с лечебной прокладкой из Кальцевита. 2-я группа зубов: а) глубокая полость с лечебной прокладкой из Альгимафа; б) травматический пульпит с лечебной прокладкой из Альгимафа.

Животных забивали декапитацией под тиопенталовым наркозом через 1, 7, 14, 45 и 90 сут после лечения. Зубы отделяли вместе с окружающей их лункой и фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Декальцинацию проводили в 25% растворе Трилона Б. Материал заливали в целлоидин, гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван-Гизону.

Результаты исследования. В коронковой пульпе зубов 1-а группы к 14-м суткам после лечения отмечались репаративные процессы, характеризующиеся пролиферацией

клеток в слое одонтобластов и образованием заместительного дентина в области дна полости. В пульпе корневых каналов каких-либо изменений не выявлено.

Однако в последующем происходила задержка дентинообразования. В пульпе постепенно нарастали явления дистрофического и воспалительного характера. На 90-е сутки после лечения отмечалось расширение дентинных канальцев в области стенок глубокой полости, которые содержали многочисленные микробные тела. Наблюдалась вакуольная дистрофия одонтобластов, а в коронковой пульпе имел место очаговый хронический воспалительный процесс, характеризующийся воспалительными инфильтратами, состоящими из нейтрофилов, эозинофилов, лимфоцитов, плазматических клеток, среди участков склерозированной и гиалинизированной пульпы. В корневой пульпе отмечались явления гиалиноза.

В пульпе зубов 1- б группы в ранние сроки эксперимента (до 14 сут) наблюдались воспалительный процесс, и образование заместительного дентина в области перфорационного отверстия.

В дальнейшем пульпит не стихал, а принимал хроническое течение со склерозом пульпы, при этом в последней отмечалось образование островков дентина и остеодентина. Через 90 сут после лечения на фоне дентинного мостика, полностью прикрывающего перфорационное отверстие, развился тотальный некроз коронковой пульпы. Корневая пульпа была отделена от коронковой заместительным дентином и находилась в состоянии выраженного склероза с наличием петрификатов.

При гистологическом исследовании пульпы зубов 2-а группы в ранние сроки после лечения (до 14 сут) наблюдались репаративные процессы, заключавшиеся в пролиферации клеток в слое одонтобластов с формированием заместительного дентина в области дна полости, при этом пульпа оставалась сохранной.

К 90-м суткам после лечения отмечалась та же картина, что и в ранние сроки, с той лишь разницей, что увеличивалась полоска заместительного дентина в области проекции глубокой полости.

В 2-6 группе зубов в ранние сроки эксперимента (до 14 сут) пульпа в основном была сохранна. Лишь кое-где в коронковой пульпе имело место очаговое гнойное воспаление с последующим его затуханием. В эти же сроки наблюдались процессы репарации, характеризующиеся пролиферацией одонтобластов с образованием заместительного дентина, полностью закрывающего перфорационное отверстие. Корневая пульпа и периодонт были без изменений.

К 90-суткам после лечения в области перфорационного отверстия, а также в зоне проекции сформированной глубокой полости отмечалось образование заместительного

дентина значительной толщины. В пульпе признаков воспалительного процесса не было. Лишь на очень небольших участках наблюдался склероз коронковой пульпы, который следует рассматривать как результат бывшего очагового гнойного пульпита.

Выводы. Таким образом, использование прокладки из «Альгимафа» при экспериментальной глубокой полости и травматическом пульпите сопровождалось в поздние сроки после лечения образованием хорошо развитой зоны заместительного дентина в области проекции глубокой полости и перфорационного отверстия. При этом воспалительные изменения в пульпе отсутствовали. Полученные нами экспериментальные данные позволяют рекомендовать эту пасту для использования в клинике для лечения глубокого кариеса, травматического и острого очагового пульпита.

ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ L-ЛАКТАТА У МОЛОДЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ СИСТЕМНОГО ДЕЙСТВИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖИВОТНЫХ ИНГИБИТОРА ПО-СИНТАЗЫ

С.Н. Чепелев – научный сотрудник, П.Ф. Юшкевич – к.м.н., научный сотрудник,

Е.Н. Чепелева – научный сотрудник

Научно-исследовательская часть

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., проф., чл.-корр. НАН Беларуси Ф.И. Висмонт

Актуальность. Принимая во внимание высокую медицинскую, социальную и экономическую значимость проблемы лечения пациентов с ишемической болезнью сердца и острым инфарктом миокарда, поиск новых эффективных методов предупреждения или ослабления неблагоприятных последствий ишемического и реперфузионного повреждения миокарда и выяснение механизмов их реализации является актуальной задачей современной экспериментальной и клинической медицины.

Особое значение в процессах повреждения миокарда при его ишемии-реперфузии (И/Р) имеет реперфузия. Она может привести к парадоксальной дисфункции кардиомиоцитов, известной как ишемически-реперфузионное повреждение. Необходимо констатировать, что эффективные методы профилактики реперфузионных повреждений миокарда пока не разработаны, а клинические исследования в этой сфере носят немногочисленный характер. Для улучшения результатов ранней реперфузии разработаны два основных способа кардиопротекции: ишемическое посткондиционирование и фармакологическое посткондиционирование.

М. Basalay и соавт. в 2012 г. продемонстрировали в экспериментах на крысах, что дистантное ишемическое посткондиционирование (ДИПост) путем кратковременной (15-минутной) ишемии задних конечностей оказывает выраженное инфаркт-лимитирующее

действие на миокард при ее осуществлении на 10-й минуте после восстановления коронарного кровотока. В последующие годы целым рядом экспериментальных и клинических исследований было показано, что ДИПост является эффективным методом снижения реперфузионного повреждения, однако широкого применения в клинике оно не нашло из-за противоречивых данных эффективности в клинических условиях в связи с влиянием множества факторов риска, проводимой терапии и другими особенностями организма.

Принимая во внимание известные факты о том, что гипоперфузия, ишемия органов и тканей приводит к повышению уровня L-молочной кислоты (L-лактата) в крови, а L-лактат, в свою очередь, оказывает коронарное сосудорасширяющее действие за счет выделения эндотелием сосудов монооксида азота (NO), а также способен ингибировать перекисное окисление липидов и свободнорадикальные процессы, выраженность которых при реперфузии возрастает, были основания полагать, что повышенный уровень L-лактата в крови, возникающий во время 15-минутной ишемии обеих задних конечностей во время выполнения ДИПост, сможет уменьшить реперфузионное повреждение миокарда. В проведенных нами ранее исследованиях было показано, что посткондиционирование с помощью L-лактата (ПостЛ) является эффективным способом в плане снижения размеров зоны некроза миокарда левого желудочка при И/Р миокарда у крыс.

Как известно, большинство заболеваний сердца связаны с ишемией миокарда. А одной из причин ишемии является дефицит NO. В миокарде NO может регулировать функции органа как непосредственно, так и через влияние на сосуды. По современным представлениям, дефицит NO является ключевым звеном эндотелиальной дисфункции и развития сердечной недостаточности. Результаты ряда исследований свидетельствуют о значимости NO в механизмах реализации инфаркт-лимитирующего эффекта ишемического посткондиционирования. Однако биохимические механизмы кардиопротекции, лежащие в основе инфаркт-лимитирующего эффекта кондиционирования при И/Р миокарда, несмотря на их интенсивное изучение, исследованы недостаточно и во многом не ясны.

Учитывая имеющиеся в научной литературе сведения о том, что уровень NO оказывает влияние на процессы эндотелиальной дисфункции и реперфузионного повреждения миокарда, были основания полагать, что активность NO-синтазы и уровень NO в органах и тканях будут иметь значение в реализации кардиопротекторных эффектов ПостЛ.

Цель исследования. Выяснить значимость NO в реализации противоишемического эффекта ПостЛ при И/Р миокарда у молодых крыс.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на 75 нелинейных анестезированных тиопенталом натрия белых крысах-самцах с массой 200–220 г в возрасте 4 ± 1 месяцев. Эксперименты на животных выполнялись в соответствии с этическими нормами обращения с лабораторными животными (протокол заседания Комитета по биомедицинской этике Белорусского государственного медицинского университета № 1 от 15.09.2022).

Все животные методом случайной выборки были разделены на 5 групп: И/Р (n=14) – группа крыс, которой выполняли 30-минутную окклюзию передней нисходящей ветви левой коронарной артерии с последующей 120-минутной реперфузией; И/Р+Физ.р-р (n=15) – крысы, которой моделировали И/Р миокарда, а также на 25-й мин реперфузии вводили в левую общую яремную вену физ. р-р в объеме 0,5 мл; И/Р+L-NAME (n=17) – группа крыс, которой выполняли И/Р миокарда, а также сразу после острой ишемии миокарда вводили в левую внутреннюю яремную вену водный раствор ингибитора NO-синтазы N^G-нитро-L-аргинин-метилового эфира (L-NAME) (Acros Organics, США) в дозе 25 мг/кг; И/Р+ПостЛ (n=14) – группа крыс, которой моделировали И/Р миокарда, а также выполняли ПостЛ путем введения в левую внутреннюю яремную вену 0,5 мл 40 мМ раствора L-молочной кислоты, нейтрализованного в 0,9% растворе NaCl для инъекций с последующим доведением pH до 7,4 с помощью NaOH (Sigma-Aldrich, США), т.е. в дозе 10 мг/кг, что соответствует уровню L-лактата в крови после выполнения ДИПост (15-минутной окклюзии обеих бедренных артерий); И/Р+L-NAME+ПостЛ (n=15) – группа крыс, которой выполняли И/Р миокарда, сразу после острой ишемии миокарда вводили L-NAME в дозе 25 мг/кг и на 25-й мин реперфузии выполняли ПостЛ.

На протяжении эксперимента изучались следующие показатели гемодинамики: среднее артериальное давление и частота сердечных сокращений. Зону риска (ЗР) выявляли введением в левую внутреннюю яремную вену 0,5 мл 5% раствора Evans Blue (Sigma-Aldrich, США) при кратковременной повторной коронароокклюзии. Для идентификации зоны некроза (ЗН) в миокарде левого желудочка крыс использовали метод, основанный на определении активности дегидрогеназ. Срезы миокарда левого желудочка взвешивали на лабораторных весах и сканировали при помощи сканера с обеих сторон. Размеры ЗН определяли при помощи компьютерной планиметрии и взвешивания срезов как соотношение масс ЗН к ЗР (%). В период 30-минутной ишемии и 120-минутной реперфузии миокарда подсчитывалась общая длительность нарушений сердечного ритма при помощи электрокардиографии.

Полученные данные анализировались с использованием программ Statistica 10.0 и GraphPad Prism 9.3.1. Уровень $p < 0,05$ рассматривался как статистически значимый.

Результаты исследования. С учетом выживаемости животных после ишемически-реперфузионного повреждения миокарда для обработки и анализа результатов исследования из каждой группы было отобрано по 12 крыс.

Выявлено, что размеры зоны риска в миокарде левого желудочка в исследуемых группах были сопоставимы. Так, в группе И/Р размер ЗР составил $54 \pm 3\%$, в группе И/Р+Физ.р-р – $51 \pm 5\%$, в группе И/Р+L-NAME – $50 \pm 5\%$, в группе И/Р+ПостЛ – $52 \pm 4\%$, в группе L-NAME+ПостЛ – $54 \pm 4\%$.

Выявлено, что размер ЗН в миокарде левого желудочка у животных в группе И/Р составил $45 \pm 4\%$, в группе И/Р+Физ.р-р – $45 \pm 6\%$, в группе И/Р+L-NAME – $46 \pm 6\%$, в группе И/Р+ПостЛ – $33 \pm 3\%$ ($p < 0,01$ в сравнении с группами И/Р, И/Р+Физ.р-р и И/Р+L-NAME), в группе И/Р+L-NAME+ПостЛ – $44 \pm 4\%$ ($p > 0,05$ в сравнении с группами И/Р, И/Р+Физ.р-р и И/Р+L-NAME, $p < 0,01$ в сравнении с группой И/Р+ПостЛ).

Выводы. Активность NO-синтазы и уровень NO имеют значимость в механизмах реализации инфаркт-лимитирующего эффекта ПостЛ у молодых крыс. У молодых крыс после внутривенного введения L-NAME ПостЛ сопровождалось формированием в левом желудочке сопоставимых по размеру с группой контроль зон некроза.

СОДЕРЖАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЛЕЙКОЦИТОВ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КРЫС С ПЕРИТОНИТОМ И ВВЕДЕНИЕМ L-АРГИНИНА, АМИНОГУАНИДИНА

Э.В. Гусаковская – ст. преподаватель, В.А. Ковалева – студент 8-й гр.

**медико-психологического факультета, К.А. Валах, А.Ю. Жамойтина – студенты
11-й гр. лечебного факультета**

Кафедра патологической физиологии имени Д.А. Маслакова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

Гродно, Беларусь

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Н.Е. Максимович,

ст. преподаватель Э.В. Гусаковская

Актуальность. Недостаточная изученность патогенеза перитонита, характеризующегося высокой летальностью, в частности, в отношении участия монооксида азота (NO) в регуляции иммунного ответа лейкоцитов на местном уровне, может влиять на эффективность проводимой терапии. Определение роли NO, образуемого из субстрата NO-синтазы – аминокислоты L-аргинин (L-Arg) при участии различных изоформ фермента в развитии воспалительного процесса в брюшной полости может быть достигнуто в экспериментах с введением субстрата для образования NO – L-Arg и ингибитора NO-продукции – аминугуанидина (AG). Таким образом, актуальным является изучение содержания различных видов лейкоцитов в брюшной полости с целью оценки состояния

локальной иммунной защиты в условиях стимуляции либо подавления образования NO при перитоните.

Цель исследования. Изучение содержания различных видов лейкоцитов в брюшной полости крыс с перитонитом и введением L-аргинина, аминокуанидина.

Материалы и методы исследования. Животные были разделены на 5 равных серий, которым внутрибрюшинно, из расчета 0,6 мл/100 г массы тела, вводили: 1-й серии (контроль) – 0,9 %-й NaCl, 2-5-й серии – 15 % каловую взвесь (экспериментальный перитонит, ЭП), после чего внутримышечно вводили: 1-2-й серии – 0,9 % NaCl, 3-й серии (ЭП+L-Arg) – субстрат NO-синтазы – L-аргинин (L-Arg), 300 мг/кг («Sigma», США), 4-й серии (ЭП+AG) – ингибитор индуцируемой изоформы NO-синтазы – аминокуанидин (AG), 15 мг/кг («Sigma», США), 5-й серии (ЭП+L-Arg+AG) – L-Arg («Sigma», США) и AG («Sigma», США) в аналогичной дозе. В каждой из пяти серий выделены 3 равные подгруппы крыс соответственно срокам проведения исследования – полсуток (n=6), 1 сутки (n=6) и 3 суток (n=6). Перитонеальную жидкость крыс наносили на предметное стекло, после чего мазки высушивали, фиксировали в абсолютном спирте и окрашивали азур-эозином Романовского в течение 15 минут, затем промывали в кювете с проточной водой и просушивали. В приготовленных мазках подсчитывали процентное содержание миелоцитов, метамиелоцитов, палочкоядерных (ПЯН) и сегментоядерных нейтрофилов (СЯН), эозинофилов, тучных клеток, макрофагов и лимфоцитов. Для определения абсолютного содержания лейкоцитов полученные значения интерпретировали в числа на основании общего количества лейкоцитов перитонеальной жидкости. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США), используя непараметрический критерий Краскелла-Уоллиса и апостериорные сравнения.

Результаты исследования. Изучение относительного содержания различных видов лейкоцитов в перитонеальной жидкости крыс с сочетанным введением L-аргинина (L-Arg) и аминокуанидина (AG) показало наименее выраженное увеличение количества морфофункционально незрелых нейтрофилов – палочкоядерных форм и метамиелоцитов, по сравнению с результатами при экспериментальном перитоните без их введения либо с изолированным введением данных модуляторов NO-синтазы, наряду с отсутствием миелоцитов и увеличением содержания лимфоцитов.

Комбинированное введение L-Arg и AG приводило к изменению абсолютного содержания различных видов нейтрофилов, по сравнению с результатами у крыс с перитонитом без их введения. При этом спустя полсуток воспалительного процесса в перитонеальной жидкости наблюдалось уменьшение содержания сегментоядерных нейтрофилов (СЯН) – в 1,6 раза ($p<0,01$), палочкоядерных нейтрофилов (ПЯН) – в 2,8 раза

($p < 0,01$), метамиелоцитов – в 8,6 раза ($p < 0,01$). Спустя 1 сутки перитонита у крыс с введением комбинации L-Arg и AG отмечено уменьшение количества СЯН – в 1,2 раза ($p < 0,05$), ПЯН – в 3,1 раза ($p < 0,01$), метамиелоцитов – в 5,1 раза ($p < 0,001$), по сравнению со значениями показателя при перитоните без введения модуляторов NO-синтазы. Спустя 3 суток перитонита у крыс с сочетанным введением L-Arg и AG содержание перитонеальных нейтрофилов уменьшилось: СЯН – в 1,9 раза ($p < 0,01$), ПЯН – в 4,6 раза ($p < 0,01$), метамиелоцитов – в 11,4 раза ($p < 0,001$), по сравнению с их содержанием при перитоните без введения препаратов. В сравнении со значениями контрольной группы, при использовании комбинации L-Arg и AG количество СЯН в перитонеальной жидкости крыс оставалось больше ($p < 0,001$), при появлении метамиелоцитов. Отсутствие миелоцитов в перитонеальной жидкости крыс с перитонитом и сочетанным использованием L-Arg и AG указывает на развитие регенераторного сдвига лейкоцитарной формулы влево, в то время как при перитоните без введения модуляторов NO-синтазы, так и при изолированном использовании L-Arg либо AG, отмечен гиперрегенераторный ядерный сдвиг нейтрофилов влево. При сопоставлении полученных результатов со значениями у крыс с введением только L-Arg, выявлено, что при сочетанном введении L-Arg и AG содержание СЯН в перитонеальной жидкости крыс было меньше через полсуток, 1 сутки и 3 суток – в 1,5 раза ($p < 0,05$), в 1,2 раза ($p > 0,05$), в 1,6 раза ($p < 0,05$), а по сравнению с введением AG – в 1,3 раза ($p > 0,05$), в 1,1 раза ($p > 0,05$) и в 1,3 раза ($p < 0,05$) соответственно. В то же время изменение содержания ПЯН у крыс с использованием комбинации L-Arg и AG, по сравнению со значениями при изолированном введении L-Arg, выражалось в его уменьшении через полсуток, 1 сутки и 3 суток – в 1,9 раза ($p < 0,05$), в 2,1 раза ($p > 0,05$), в 3,2 раза ($p < 0,05$), а по сравнению с введением AG – в 1,3 раза ($p < 0,05$), в 1,5 раза ($p > 0,05$), в 1,8 раза ($p < 0,05$) соответственно. Также у крыс с применением комбинации L-Arg и AG, по сравнению с результатами при введении L-Arg, содержание метамиелоцитов было меньше через полсуток, 1 сутки и 3 суток – в 4,7 раза ($p < 0,05$), в 2,1 раза ($p > 0,05$) и в 6,6 раза ($p < 0,05$), а по сравнению с введением AG – в 2,6 раза ($p < 0,05$), в 1,8 раза ($p > 0,05$), в 3,2 раза ($p < 0,05$) соответственно.

Таким образом, в исследуемые сроки в перитонеальной жидкости крыс с комбинированным применением изучаемых модуляторов NO-синтазы наблюдалось уменьшение абсолютного количества метамиелоцитов и палочкоядерных нейтрофилов при отсутствии миелоцитов. Полученные данные отражают противовоспалительный эффект сочетанного использования L-аргинина и аминоксидина.

В свою очередь, не выявлено изменений в абсолютном содержании эозинофилов и базофилов в перитонеальной жидкости крыс с сочетанным введением L-Arg и AG, по сравнению с результатами при перитоните с изолированным введением этих модуляторов

NO-синтазы в изучаемые временные промежутки ($p > 0,05$). Не было выявлено изменений содержания эозинофилов и тучных клеток в перитонеальной жидкости крыс с перитонитом и сочетанным введением L-Arg и AG, по сравнению с результатами при их изолированном использовании.

При изучении абсолютного количества агранулоцитов в перитонеальной жидкости крыс с перитонитом и сочетанным введением L-Arg и AG, по сравнению с результатами при перитоните без их введения, обнаружено уменьшение содержания макрофагов спустя 3 суток в 1,5 раза ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о регрессе воспаления, а также увеличение содержания лимфоцитов через 1 сутки и 3 суток – в 1,4 раза ($p < 0,05$) и в 1,2 раза ($p < 0,05$) соответственно, что может указывать на достаточную активность специфической иммунной защиты. В сравнении с содержанием макрофагов и лимфоцитов в перитонеальной жидкости контрольной группы крыс, при введении комбинации L-Arg и AG их содержание было больше через полсуток – в 13 раз ($p < 0,01$) и в 2,2 раза ($p < 0,05$), через 1 сутки – в 27,5 раза ($p < 0,001$) и в 2,7 раза ($p < 0,05$), а через 3 суток – в 24,5 раза ($p < 0,001$) и в 2,8 раза ($p < 0,05$) соответственно. По сравнению со значением показателя при изолированном введении L-Arg либо AG, в условиях применения комбинации L-Arg и AG не отмечено изменения количества макрофагов в перитонеальной жидкости в изучаемые сроки ($p > 0,05$). В то же время, при сравнении с результатами у крыс с использованием L-Arg, при перитоните и сочетании введении L-Arg и AG содержание в перитонеальной жидкости лимфоцитов через полсуток было меньше в 1,1 раза ($p < 0,05$), чем при введении L-Arg, а через 3 суток – меньше в 1,2 раза ($p < 0,05$), чем при введении AG.

Выводы. Реакция лейкоцитов перитонеальной жидкости крыс с острым перитонитом и применением субстрата NO-синтазы – L-аргинина и ингибитора индуцируемой изоформы фермента – амингуанидина характеризовалась меньшей выраженностью изменений содержания различных их видов, по сравнению с результатами при перитоните без введения модуляторов NO-синтазы: отсутствием миелоцитов, уменьшением количества метамиелоцитов, палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, увеличением содержания лимфоцитов. При этом корректирующие эффекты комбинированного введения L-аргинина и амингуанидина выражены в большей степени, чем при их изолированном использовании. Уменьшение выраженности нейтрофильно-макрофагального лейкоцитоза и ядерного сдвига нейтрофилов влево при изучении клеточного состава перитонеальной жидкости крыс с перитонитом в условиях введения L-аргинина и амингуанидина отражает уменьшение миграции лейкоцитов в брюшную полость и может указывать на реализацию противовоспалительного эффекта изучаемых модуляторов NO-синтазы.

**ПОКАЗАТЕЛИ ИНТОКСИКАЦИИ У КРЫС
С ПЕРИТОНИТОМ И МОДУЛЯЦИЕЙ ПУТИ «L-АРГИНИН-NO»
Э.В. Гусаковская – ст. преподаватель, В.А. Ковалева- студент 8-й гр.
медико-психологического факультета, С.О. Шатько – студент 11-й гр. педиатрического
факультета**

Кафедра патологической физиологии имени Д.А. Маслакова

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Республика Беларусь

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Н.Е. Максимович,

ст. преподаватель Э.В. Гусаковская

Актуальность. Известно, что субстрат NO-синтазы – L-аргинин (L-Arg) является источником монооксида азота, принимающего участие в регуляции кровотока, а также источником креатина, необходимого для образования энергии, и структурным компонентом мышечных белков. В то же время, чрезмерные концентрации монооксида азота, образуемые в индуцируемой изоформой NO-синтазой при воспалении, способствуют повреждению как микробных клеток, так и тканей организма. В свою очередь, активность воспаления, сопровождаемого нарушениями микроциркуляции, развитием ацидоза и энергодефицита, катаболизмом мышечного белка, может быть охарактеризована путем оценки мышечной силы (МС), двигательной активности (ДА), частоты дыхания (ЧД) и температуры тела, что обуславливает актуальность изучения эффектов модуляции пути «L-аргинин-NO» в отношении данных показателей при перитоните.

Цель: Изучение показателей интоксикации у крыс с перитонитом и модуляцией пути «L-аргинин-NO».

Материал и методы. Исследуемые животные (n=90) разделены на 5 равных серий, которым внутрибрюшинно, 0,6 мл/100 г массы тела, вводили: 1-й серии (контроль) – 0,85 %-й раствор NaCl, 2-5-й серии – 15 % каловую взвесь (ЭП), после чего внутримышечно вводили: 1-2-й серии – 0,85 % раствор NaCl, 3-й серии (ЭП+L-Arg) – субстрат NO-синтазы – L-аргинин (L-Arg), 300 мг/кг («Sigma», США), 4-й серии (ЭП+AG) – ингибитор индуцируемой изоформы NO-синтазы – аминугуанидин (AG), 15 мг/кг («Sigma», США), 5-й серии (ЭП+L-Arg+AG) – L-Arg («Sigma», США) и AG («Sigma», США) в аналогичной дозе. Для оценки МС животное помещали в емкость, на 6-7 см заполненную водой с температурой 10-12 °С, на вертикально установленную в емкости металлическую сетку с последующей фиксацией времени удержания на ней крысы. Изучение ДА животных осуществляли путем видеорегистрации и последующего воспроизведения их траектории движения на горизонтальной плоскости, с измерением пройденного расстояния в дециметрах. С целью подсчета ЧД у крыс в течение 1 минуты фиксировали частоту экскурсий грудной клетки

путём визуального контроля, с одновременной отметкой дыхательных движений на бумаге штриховыми линиями и последующим суммированием отметок. Ректальную температуру (РТ) измеряли электронным термометром (Omron). Крысы всех групп были разделены на три равные подгруппы ($n=6$ в каждой подгруппе), соответственно срокам проведения исследований – спустя полсуток, 1 сутки и 3 суток ЭП. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США), непараметрическими методами.

Результаты и их обсуждение. Развитие острого ЭП у крыс с сочетанным введением субстрата NO-синтазы – L-аргинина (L-Arg) и ингибитора индуцируемой изоформы фермента – амингуанидина (AG) характеризовалось наиболее значимым корригирующим эффектом в отношении выраженности интоксикации, по сравнению с результатами при их изолированном использовании. Изменение ДА крыс с ЭП и сочетанным введением L-Arg и AG выражалось в увеличении расстояния, пройденного животными в тесте «открытое поле», по сравнению с результатами при перитоните без введения препаратов, спустя полсуток – на 63,0 % ($p<0,01$), спустя 1 сутки – на 122,0 % ($p<0,01$), спустя 3 суток – на 224,4 % ($p<0,01$). При этом длина пройденного крысами пути была больше, чем у животных с введением L-Arg, спустя 1 сутки – на 51 (50; 53) %, $p<0,01$, спустя 3 суток – на 66 (61; 81) %, $p<0,01$, в то время как при ЭП с введением AG различия выявлены лишь спустя 3 суток: увеличение пройденного расстояния при сочетании введении L-Arg и AG составило 26 (24; 31) %, $p<0,01$. Одновременно с повышением ДА, у крыс с ЭП и комбинированным использованием L-Arg и AG отмечено увеличение времени удержания на металлической сетке через полсуток – на 64,2 % ($p<0,01$), через 1 сутки – на 171,0 % ($p<0,01$), а через 3 суток – на 195,0 % ($p<0,01$). В свою очередь, при сопоставлении результатов у крыс с изолированным введением L-Arg, в условиях сочетанного использования L-Arg и AG отмечено увеличение времени удержания на сетке спустя полсуток, 1 сутки и 3 суток – на 41 (40; 44) % ($p<0,05$), на 56 (56; 58) % ($p<0,01$) и на 77 (69; 82) % ($p<0,01$) соответственно. В то же время различия в значениях показателя МС в условиях введения AG определялись только спустя 3 суток перитонита: время удержания на сетке в группе с комбинированным введением L-Arg и AG было больше на 29 (19; 33) %, $p<0,01$. Корригирующий эффект сочетанного введения L-Arg и AG в отношении ДА и МС крыс с ЭП может быть обусловлен уменьшением выраженности интоксикации вследствие угнетения образования из монооксида азота и супероксидного аниона молекулы пероксинитрита (ONOO^-) и развития инициируемых ею повреждающих эффектов, а также улучшения кровоснабжения и повышения образования креатина в мышечной ткани в условиях нивелирования дефицита L-Arg.

О меньшей выраженности интоксикации у крыс с ЭП и сочетанным введением L-Arg

и AG свидетельствовало изменение дыхательной деятельности, что выражалось в уменьшении ЧД спустя полсуток – на 23 % ($p<0,01$), спустя 1 сутки – на 24 % ($p<0,01$), спустя 3 суток – на 23 % ($p<0,01$), по сравнению со значениями при перитоните без введения изучаемых модуляторов активности NO-синтазы. Уменьшение ЧД, по сравнению с результатами при использовании L-Arg либо AG, составило: спустя полсуток – 18 (17; 18) %, $p<0,01$, и 9 (9; 9) %, $p<0,01$, спустя 1 сутки – 18 (18; 18) %, $p<0,01$, и 10 (8; 11) %, $p<0,01$, а спустя 3 суток – 16 (14; 17), $p<0,01$, и 10 (9; 10) %, $p<0,01$, соответственно. Выявленное уменьшение выраженности тахипноэ может быть обусловлено меньшей активностью воспаления в условиях подавления гиперпродукции NO и образования противовоспалительной молекулы агматина из L-Arg. Развитие лихорадки у животных с комбинированным введением L-Arg и AG, по сравнению с результатами при ЭП без их введения, выявило снижение РТ через полсуток – на 2,1 (1,9; 2,1) °C, $p<0,01$, через 1 сутки – на 2,7 (2,4; 2,9) °C, $p<0,01$, а через 3 суток – на 1,9 (1,8; 1,9) °C, $p<0,01$. В свою очередь, сочетанное введение L-Arg и AG приводило к снижению РТ крыс с перитонитом, по сравнению со значениями показателя при использовании L-Arg, спустя полсуток – на 1,3 (1,1; 1,4) °C, $p<0,01$, спустя 1 сутки – на 1,8 (1,7; 1,8) °C, $p<0,01$, спустя 3 суток – на 0,7 (0,5; 0,8) °C, $p<0,01$, а по сравнению со значениями при введении AG – спустя 1 сутки и 3 суток – на 1,1 (1,1; 1,2) °C, $p<0,01$, и на 0,9 (0,8; 0,9) °C, $p<0,01$, соответственно, в отсутствие различий спустя 0,5 суток ЭП ($p>0,05$). Обнаруженные изменения указывают на развитие менее выраженной лихорадки, что свидетельствует об антипиретическом эффекте L-Arg и AG при ЭП и может быть обусловлено «поддержанием» активности конститутивных изоформ NO-синтазы с развитием вазодилатации и повышением теплоотдачи, с образованием из L-Arg противовоспалительной молекулы агматина в условиях подавления индуцируемой изоформы NO-синтазы с уменьшением продукции вторичных пирогенов (цитокинов).

Выводы. Таким образом, сочетанное введение крысам с перитонитом субстрата NO-синтазы – L-аргинина и ингибитора индуцируемой изоформы фермента – аминугуанидина оказывало наиболее выраженный корректирующий эффект в отношении выраженности интоксикации, по сравнению с результатами при их изолированном введении, что проявлялось в более значимом увеличении двигательной активности и мышечной силы, уменьшении выраженности тахипноэ и лихорадки. Объяснением эффекта корректирования интоксикационного синдрома в данных условиях может служить ингибирование образования чрезмерных концентраций монооксида азота и образуемого при его участии пероксинитрита, а также повышение биодоступности субстрата NO-синтазы для реализации важных метаболических процессов – «перенаправлением» L-аргинина на активацию

конститутивных изоформ с улучшением микроциркуляции и уменьшением выраженности гипоксии, а также на образование креатина.

ИЗМЕНЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА И СОДЕРЖАНИЯ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС В УСЛОВИЯХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИЕЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО CLP-ПЕРИТОНИТА

А.Е. Савастюк – студент 2309 гр. педиатрического факультета

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель – д-р мед. наук, проф., чл.-корр. НАН Беларуси Ф.И. Висмонт

Актуальность. Одной из важнейших задач современной экспериментальной и клинической медицины является всестороннее изучение патогенезе септических состояний, сопровождающихся бактериальной эндотоксинемией.

Перитонит является широко распространенной патологией, представляющей серьезную как медицинскую, так и социальную проблему. Летальность в терминальных стадиях данного заболевания может достигать 50–70%. Основной причиной при перитоните является полиорганная недостаточность, сопряженная с прогрессирующей эндотоксинемией.

Общеизвестна значимость йодсодержащих гормонов в процессах жизнедеятельности в норме и при патологии. По данным литературы, при ряде патологических состояний организма, таких как эндотоксиновый шок и сепсис, которые могут сопровождаться как гипо-, так и гипертермией, развивается тиреоидная дисфункция. Однако характер изменений тиреоидного статуса при септических состояниях организма и перитонита в частности, его особенности и значимость в патогенезе или механизмов компенсации функции при этих состояниях, остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: изучить особенности изменения содержания йодсодержащих гормонов щитовидной железы и температуры тела у крыс с экспериментальной бактериальной эндотоксинемией и с экспериментальным перитонитом, вызванным CLP-операцией.

Материалы и методы исследования. Эксперименты выполнены на белых беспородных крысах обоего пола массой 180–220 г. Животные до постановки экспериментов в течение 2 недель адаптировались к условиям вивария. Температура и воздух в виварии поддерживалась на уровне 20–24°C, что находится в пределах термонейтральной зоны крыс. При выполнении работ особое внимание было уделено содержанию животных. Соблюдались световой и шумовой режим. В связи с тем, что в литературе имеются данные о том, что у животных в течение суток происходит значительное колебание уровня ряда гормонов в

крови, которое сопровождается изменениями в энергетическом обмене и температуры тела, опыты проводили в строго отведенное время (8–12 часов).

В работе применялись следующие экспериментальные модели: бактериальной эндотоксинемии, гипертиреоза и экспериментального перитонита, воспроизводимого CLP-операцией. Для создания модели бактериальной эндотоксинемии использовали бактериальный липополисахарид (ЛПС) – эндотоксин *E. Coli* (серия 0111:B4 Sigma, США), который вводили однократно крысам – внутривентрально в дозе 2,0 мг/кг. Для создания модели гипертиреоза использовали синтетический препарат трийодтиронина гидрохлорид (Liothyronin, «Berlin Chemie», Германия), который на 1% крахмальном растворе вводили животным интрагастрально ежедневно в течение 20 дней в дозе 30,0 мкг/кг.

Для создания экспериментального перитонита использовали модель лигирования и последующего однократного пунктирования слепой кишки — cecal ligation and perforation (CLP). По данным литературы, используемая нами модель экспериментального CLP-перитонита через 18–24 ч после операции приводит к развитию тяжелого полимикробного сепсиса, который сопровождается выраженной полиорганной недостаточностью. В качестве контроля использовали ложноперитонизированных крыс, которым под наркозом проводили только разрез передней брюшной стенки без извлечения и пунктирования слепой кишки. Всем животным через 30 мин после операции подкожно вводили 2,5 мл изотонического раствора хлорида натрия.

Кровь забирали сразу после декапитации животных, которую проводили через 20 ч после лигирования и пунктирования слепой кишки.

Содержание общего трийодтиронина (Т₃) и тироксина (Т₄) в плазме крови определяли радиоиммунологическим методом с использованием наборов реактивов РИА-Т₃-СТ и РИА-Т₄-СТ производства УП «ХОП ИБОХ НАН Беларуси».

У всех животных проводилось измерение ректальной температуры с использованием электротермометра ТПЭМ-1 (НПО «Медфизприбор», Российская Федерация). Полученные цифровые данные обработаны общепринятыми методами вариационной биологической статистики с помощью критерия Стьюдента. Все данные представлялись в виде среднего арифметического и стандартной ошибки среднего арифметического ($\bar{X} \pm S_x$). Достоверность результатов учитывали при «р» менее 0,05.

Результаты исследования. Опыты показали, что через 24 часа после CLP-операции у всех крыс развиваются некротические изменения слепой кишки, перитонит с выпотом в брюшную полость, парез кишечника; выраженные признаки генерализованной воспалительной реакции: адинамия, вялость, в большинстве случаев – геморрагический конъюнктивит и диарея. В условиях экспериментального перитонита, вызванного CLP-

операцией, ректальная температура крыс снижалась на $1,1^{\circ}\text{C}$: с $37,4\pm 0,09^{\circ}\text{C}$ до $36,3\pm 0,24^{\circ}\text{C}$ ($p<0,05$; $n=12$).

Обнаружено, что в организме у крыс при перитоните имеет место снижение в плазме крови уровня T_4 на 72,7% ($p<0,05$; $n=8$) и содержания T_3 на 23,2% ($p<0,05$; $n=8$): с $46,2\pm 9,51$ нМоль/л у ложнооперированных до $12,6\pm 1,6$ нМоль/л у опытных животных и с $1,51\pm 0,12$ нМоль/л до $1,16\pm 0,07$ нМоль/л у животных после CLP-операции, соответственно.

Через 2 часа после внутрибрюшинного введения крысам ЛПС в дозе 2 мг/кг у животных ($n=12$) развивается выраженная лихорадочная реакция. Ректальная температура крыс, получивших инъекцию ЛПС была выше, чем у контрольной группы животных (получивших физраствор) на $2,0^{\circ}\text{C}$ и составляла $38,8\pm 0,12^{\circ}\text{C}$. Внутрибрюшинное введение ЛПС (2,0 мг/кг) крысам ($n=10$) приводило через 2 часа после инъекции к снижению содержания T_3 и повышению концентрации T_4 в крови животных на 26,6% ($p<0,05$) и 28,1% ($p<0,05$) соответственно.

Установлено, что интрагастральное введение T_3 (30 мкг/кг) крысам через 3 часа после CLP-операции предотвращает развитие у них гипотермии. Так, если через 24 часа после CLP-операции ректальная температура снижалась с $37,4\pm 0,07^{\circ}\text{C}$ у ЛО крыс до $36,3\pm 0,24^{\circ}\text{C}$ у опытных животных ($p<0,05$; $n=12$), то после инъекции T_3 ректальная температура крыс с перитонитом составляла $37,6\pm 0,35^{\circ}\text{C}$ ($p<0,01$; $n=8$), что достоверно выше, чем у животных после CLP-операции ($p<0,05$).

Внутрибрюшинное введение бактериального эндотоксина *E.Coli* в дозе 2,0 мг/кг гипертиреоидным крысам (животным получавшим интрагастрально ежедневно препарат трийодтиронина гидрохлорид в дозе 30,0 мкг/кг в течение 20 дней) уже через 2 часа после инъекции приводит к более выраженному, чем у эутиреоидных животных, повышению температуры тела. Ректальная температура эутиреоидных крыс после внутрибрюшинного введения ЛПС повышалась на $0,6^{\circ}\text{C}$: с $37,2\pm 0,11^{\circ}\text{C}$ до $37,8\pm 0,14^{\circ}\text{C}$ ($p<0,05$, $n=10$), в то время как действие ЛПС у гипертиреоидных животных приводила к ее повышению на $1,5^{\circ}\text{C}$: с $37,8\pm 0,14^{\circ}\text{C}$ до $39,3\pm 0,31^{\circ}\text{C}$ ($p<0,05$, $n=8$).

Выводы: полученные данные свидетельствуют о том, что как в условиях экспериментального перитонита у крыс, вызванного CLP-операцией, так и в условиях бактериальной эндотоксемии, обусловленной введением в организм ЛПС, снижается уровень T_3 и развиваются неоднозначные изменения уровня T_4 в плазме крови и температуры тела. В условиях перитонита, вызываемого CLP-операцией, уровень T_4 в плазме крови и температура тела снижались, а в условиях бактериальной эндотоксинемии, вызываемой внутрибрюшинным введением ЛПС, – повышались. Возможно снижение функциональной активности щитовидной железы в условиях CLP-перитонита обеспечивает перевод

организма на более экономный способ жизнедеятельности за счет снижения энергозатрат и тиреоидную дисфункцию с этих позиций можно рассматривать как компенсаторную реакцию. Низкий уровень Т₄ в крови при CLP-перитоните вероятно является неблагоприятным признаком и способствует развитию гипотермии.

АНТИПРОТОЗОЙНАЯ АКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ ТЕЛОМЕРАЗ
И.Г. Саруханян, Ю.А. Исаакян, М.И. Васильев, М.А. Урсов, Ю.М. Ткаченко

Кафедра медицинской паразитологии и вирусологии

ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е.Н Морозов

Актуальность. Протозойные болезни, такие как малярия, лейшманиоз и трипаносомоз, тяжелые заболевания, которые могут вызвать смертельный исход. Химиотерапия и борьба с переносчиками являются эффективными методами борьбы, но также существует проблема устойчивости. Комбинированная терапия малярии на основе артемизинина остается высокоэффективной, но лекарственная устойчивость у паразитов в Юго-Восточной Азии угрожает ее применению. Разработанные методы генной терапии, включая использование ингибиторов теломераз, могут помочь сохранить эффективность этой терапии и разработать новые лекарства. Ингибиторы теломераз также могут использоваться в качестве противомалярийных средств, так как возбудители малярии имеют линейный геном, аналогичный злокачественным новообразованиям.

Цель: исследование ингибиторов теломеразы для выявления соединений с противомалярийной активностью.

Материалы и методы. Работа проводилась *in vivo* на модели малярии грызунов *P. berghei*, Использовался штамм NK65. В опытах использовали 1020 разнополых мышей. Препараты вводили перорально в физиологическом растворе в максимально переносимых дозах. Препаратами сравнения (стандартом) являлись артезунат. Отрицательным контролем служили не леченные мыши, зараженные *P.berghei*. На первом этапе исследования проводился скрининг препаратов, обладающих противомалярийной активностью. В опытах *in vitro* использовалась кровь мышей, зараженных штаммом NK65 *P.berghei*.

Результаты исследования. Выбрано 33 соединения из литературы для проверки на противомалярийную активность в *in vivo* и *in vitro* на культурах возбудителя малярии грызунов *P. berghei*. Минимально эффективная доза иматиниба составляет 0,5 мг/кг, а фосфазида – 1,5 мг/кг. Эталонный препарат артезунат демонстрирует минимально эффективную дозу 100 мг/кг. Изучены соединения-кандидаты иматиниба и фосфазида, и

определена их широта терапевтического действия по сравнению с эталонным веществом. Иматиниб обладает большей терапевтической широтой по сравнению с артесунатом, что делает его перспективным кандидатом. В то же время, другое исследуемое вещество, фосфазид, значительно уступает артесунату.

Вывод. Выбранные из группы ингибиторов теломеразы соединения – иматиниба мезилат и фосфазид – прошли *in vitro* и *in vivo* эксперименты и показали, что иматиниба мезилат по терапевтической широте значительно превосходит артесунат в 4 раза и фосфазид в 12,5 раз, что делает его перспективным кандидатом для дальнейших исследований в разработке противомалярийного препарата в дозе 0,5 мг/кг.

ЛИЧНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ

З.К. Сулейманова, М.Н. Яралиева - студенты 4 курса педиатрического факультета

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – д.м.н., профессор С. Ш. Ахмедханов, асс. А.Т. Бейбалаева,

асс. З.М. Саидова, Гаджиева Л.Х.

Актуальность. Правильная организация учебно-воспитательного процесса в высших учебных заведениях играет очень важную роль, так как позволяет из студентов воспитать грамотных и квалифицированных специалистов. В данном процессе сложно переоценить личность преподавателя и его качества. Одним из важнейших качеств является профессиональная компетентность преподавателя, которая выступает условием становления и развития его педагогического мастерства и составляет содержание педагогической культуры. Общечеловеческие качества учителя в процессе воспитания и обучения важны не менее его профессиональных качеств. Аналогично тому, как педагог ожидает от учащихся проявления качеств, необходимых в учебно-воспитательном процессе (трудолюбие, активность, ответственность и т. д.), учащиеся также имеют определенные ожидания, предъявляемые ими к личности учителя. Безусловно, важной обязанностью педагога является добросовестное преподнесение знаний учащимся, однако не стоит недооценивать важность развития личностных качеств студентов, а они напрямую зависят от личности преподавателя.

Целью нашего исследования явилось, прежде всего, выявление предпочтений студентами 2, 3 и 4 курсов личностных качеств преподавателя, а также анализ динамики данных качеств.

Материал и методы исследования. Выборку исследования составили 160 студентов педиатрического и стоматологического факультетов ДГМУ, обучающихся на II– IV курсах, в возрасте 16–22 лет. Студентам было предложено указать пять основных качеств, которыми, по их мнению, должен владеть достойный педагог медицинского университета. Обследование проводилось анонимно.

Кроме того, студенты, принявшие участие в анкетировании, по нашей просьбе указали свои экзаменационные оценки за все годы обучения в университете, после чего нами был проведен подсчет их среднего балла и занесение полученных результатов в Microsoft Excel для дальнейшего сопоставления с данными о личностных качествах преподавателей.

Результаты и их обсуждения. Согласно результатам, полученным в ходе опроса,

наиболее важными качествами педагога медицинского университета, студенты считают профессиональные (64,5%). Студенты отмечают, что педагог должен безупречно знать и понимать преподаваемый предмет, обладать глубокими профессиональными знаниями и должен постоянно повышать уровень своей квалификации.

Исходя из результатов проведенного опроса, также следует отметить, что большинство студентов выделяют среди наиболее важных личностных качеств такие как: понимание (72% опрошенных), доброту (35,4% опрошенных), добросовестность (26,2 %). Соответственно, студенты ждут от преподавателей в первую очередь помощи и поддержки. Заслужить хорошее отношение студентов, как оказалось, может педагог добрый, справедливый и понимающий, но, при этом, в меру строгий и требующий дисциплинированности со стороны учеников. Выяснилось, что многие ценят в своих наставниках чувство юмора (24%), которое и впрямь может немного разрядить напряженную учебную обстановку, взбодрить студентов и, таким образом, улучшить качество обучения. Очень интересно, что большую важность приобретает объективность оценки их знаний во время ответа (2 курс – 64,8%, 3 курс – 85,5%, 4 курс – 68,3%).

Данные анкетирования показало, что среди *студентов 2 курса* наиболее часто упоминались такие качества, как: объективность – 64,8% опрошенных, доступность – 59,3%, мотивирование – 55,6%, дисциплинированность - 48,1%, коммуникабельность – 46,3%, профессионализм – 40,7%, понимание – 31,5%, человечность – 25,9%, чувство юмора – 25,9%, добросовестность - 24,1%, доброта – 18,5%.

Результаты опроса *третьекурсников* показали: объективность упоминают 85,5% студентов, доступность – 45,5%, мотивирование – 29,1%, дисциплинированность - 45,5%, коммуникабельность – 18,2%, профессионализм – 49,1%, понимание – 45,5%, человечность – 36,4%, чувство юмора – 18,2%, добросовестность - 36,4%, доброта – 30,9%

К четвертому курсу результаты меняются следующим образом: объективность – 68,3%, доступность – 26,8%, мотивирование – 29,3%, дисциплинированность - 87,8%, коммуникабельность – 34,1%, профессионализм – 29,3%, понимание – 31,7%, человечность – 4,9%, чувство юмора – 4,9%, добросовестность - 39,0%, доброта – 34,1%.

Таким образом, можно сделать вывод, что на младших курсах студенты обращают большое внимание на доступность преподносимой информации и на умение преподавателя использовать все свои профессиональные способности для того, чтобы заинтересовать человека и мотивировать его к обучению и самостоятельному поиску интересных фактов относительно изучаемой темы. Однако уже на четвертом курсе, ребята не уделяют этому столь большого внимания, что, по нашему мнению, свидетельствует о возрастающей самостоятельности и ответственности за свою будущую деятельность. Обучение студентов

становится более осознанным, они лучше начинают понимать, что лишь собственное усердие и старание позволит достичь успехов и больших высот.

Что касается учебной успеваемости, анализ которой мы произвели, изучив оценки студентов за пройденные ими дисциплины, можно сделать вывод об отсутствии корреляции, между тем как они учатся и тем, какие требования предъявляют к преподавателям относительно их педагогических способностей, а также общечеловеческих качеств. То есть, любой учащийся, будь то отличник, или студент, получающий удовлетворительные оценки, ждет от преподавателя хорошего отношения, компетентности и справедливости. Именно преподаватель своими словами и действиями может напрочь отбить у студента всякое желание заниматься той или иной дисциплиной, проявляя свое равнодушие, нетактичность, предвзятость, или же наоборот – он может пробудить в студенте интерес к обучению, стремление к саморазвитию и постижению новых знаний.

Заключение. Данное исследование показало, что по мере профессионального и личностного самоопределения студентов происходит изменение ожиданий, предъявляемых к личности педагога. Результаты исследования могут быть использованы при планировании учебно-воспитательной работы преподавателей со студентами разных курсов.

САМООЦЕНКА СТУДЕНТАМИ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕНТАЛЬНЫХ КАРТ В ОБУЧЕНИИ БОЛЬНЫХ

**С.А. Долматов - студент 4 курса факультета СПО и бакалавриата
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава Россия, Рязань, Россия**

Научные руководители: к.м.н. А.Л. Шумова, Н.И. Тарасенко

Цель работы: изучить проблемы и ресурсы использования ментальных карт студентами для обучения больных в целях совершенствования профессиональных компетенций в области реабилитации

Разработка ментальных карт – это визуальный метод представления информации, позволяющий наглядно акцентировать внимание на важных моментах и охватить решение задачи по осуществлению самоухода с опорой на понимание и систематизацию информации. Большинство пациентов и лиц, осуществляющих уход, учатся быстрее и лучше запоминают информацию, если используются творческие подходы на основе их личных особенностей восприятия, понимания и запоминания информации.

Материал и методы исследования: в исследовании приняли участие 32 студента в возрасте от 21 до 24 лет, 25% (8 человек) – мужчин. Предложенная анкета включала блоки вопросов по оценке преимуществ, недостатков и понимания собственных затруднений при разработке ментальных карт для обучения больных самоуходу.

Результаты исследования: анализ результатов показал, что использование ментальных карт облегчает запоминание информации (87,5%), способствует ее пониманию (62,5%) и целостному ее представлению (50%). К недостаткам при использовании ментальных карт для обучения больных относятся сильное влияние индивидуальных особенностей разработчика в определении необходимой информации (65,6%) и недостаточный творческий потенциал (56,2%). К основным затруднениям, с которыми столкнулись разработчики, были отнесены следующие: желание внести как можно больше информации (87,5%) и проблемы с выбором рисунков (68,8%).

Данное исследование продемонстрировало, что при понимании преимуществ ментальных карт в обучении больных и затруднений в их разработке, основной проблемой является недостаточное понимание профессиональной информации, которую необходимо использовать для обучения больных и недостаточная творческая активность студентов.

В то же время была определена основная проблема - в обучении больных делался акцент на объем информации, а не на ее понимании для практического применения. Исследование показало, что для студентов, имеющих достаточный клинический опыт, разработка ментальных карт, которые помогли бы в обучении пациентов, явилась достаточно сложной задачей.

Выводы:

- самооценка проблем разработки и возможности применения ментальных карт позволила подтвердить положение о целесообразности использования визуальных методов представления информации для обучения больных. что особенно актуально в связи с наличием у большого числа больных легких когнитивных нарушений как последствий перенесенного ковида, сосудистых заболеваний, сахарного диабета, а также возрастных изменений:

- одной из ведущих проблем в разработке визуального представления материала для обучения больных явилось недостаточное владение информацией для того, чтобы наглядно и понятно объяснить больному информацию и сформировать приверженность к выполнению рекомендаций и самостоятельной организации ухода за собой:

- в совершенствовании профессиональных компетенций следует обратить внимание на развитие творческого потенциала и технологий визуализации информации.

НАУЧНЫЕ РАБОТЫ ШКОЛЬНИКОВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАТАЛАЗЫ И СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В КРОВИ

А.А. Тагисаров - ученик 10 «а» класса

Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Средняя

общеобразовательная школа №29» г. Махачкалы, Махачкала, Россия

Научный руководитель: учитель биологии М.Э. Пашаева

Актуальность проблемы. В последнее время участились заболевания среди школьников от плохой экологии, некачественных продуктов питания и воды,

В этих условиях нужна надежная экспресс-диагностика, которая позволяет предупредить возникновение того момента, когда в здоровом организме начинают происходить процессы, способные привести к болезни задолго до проявления реальных клинических симптомов. Путем определения уровня эндогенной интоксикации организма и его антиоксидантной защиты, можно определить – здоров или не здоров обследуемый (Гончаренко М.С. и др. 2011).

В состоянии различных нарушений обмена веществ или заболеваний в крови накапливается большое количество биологически активных веществ. Можно предположить, что в организме усиливаются катаболические процессы и одновременно снижается способность организма к естественной детоксикации. В такой ситуации в организме человека накапливается большое количество токсинов.

В последнее время доказано, что одно из причин патогенеза является накопление в плазме крови, так называемых молекул средней массы белковой природы (Ермаков А.В., 2015).

У здорового человека в организме работают антиоксидантные и защитные системы, при сбое работы которых возникают изменения, которые приводят к развитию окислительного стресса и, как следствие, к возникновению и накоплению окислительных повреждений.

В настоящее время в медицине для оценки антиоксидантной и защитной системы организма используется целый ряд методов, позволяющие предупредить или прогнозировать заболевания.

Основным фактором повреждения клеточных структур оказался кислород - тот самый кислород, из-за недостатка которого возникает гибель клеток. Выяснилось, что так называемые активные формы кислорода (АФК), имеющие неспаренный электрон, обладают биологическим эффектом, который в зависимости от концентрации АФК может быть регуляторным или токсическим.

Отмечается, что в состав СМП входят продукты катаболизма белков, олигосахара, производные глюкуроновых кислот, нуклеотиды, биологически активные вещества, которые сами по себе могут оказывать повреждающее и токсическое действие на мембраны клеток. В настоящее время уровень СМП в биологических жидкостях человека принято считать общепринятыми маркерами эндогенной интоксикации организма, одним из наиболее адекватных показателей, отражающих напряжение адаптационных систем.

Эндогенный токсикоз оказывает негативное влияние на течение различных процессов в организме, способствует развитию ряда осложнений и неблагоприятно влияет на качество жизни. По мнению ряда исследователей, СМП можно оценивать, как показатель напряжения организма при действии стрессовых факторов (Габриэлян Н. И., 1984).

В связи с вышеизложенным **целью** нашей работы является изучение уровня среднемолекулярных пептидов и активности каталазы в крови школьников разных возрастных групп. Были поставлены следующие **задачи**:

1. Определить уровень среднемолекулярных пептидов в крови школьников 9-11 классов;
2. Определить активность каталазы в крови школьников 9-11 классов;
3. Установить зависимость между уровнем среднемолекулярных пептидов и активностью антиоксидантного фермента - каталазы.

Практическая значимость - в эксперименте показана зависимость содержания среднемолекулярных пептидов и каталазной активности.

По результатам проведенных исследований можно судить об уровне эндогенной интоксикации организма и его антиоксидантной защиты, что в свою очередь является ранней диагностикой и профилактической мерой состояния здоровья школьников.

Гипотеза.

Если активность каталазы и содержание СМП в крови человека изменяются, то это может служить показателем степени эндогенной интоксикации организма.

Предмет исследования:

Фермент каталаза и среднемолекулярные пептиды в крови человека.

Были проведены обследования крови учащихся 9 класса (10 человек), 10 класса (15 человек) и 11 класса (15 человек) средней школы № 29 г. Махачкалы. Материалом исследования служила кровь из пальца.

Результаты подвергались статистической обработке стандартными программами. Статистическую достоверность результатов оценивали с использованием t-критерия Стьюдента.

Глава 1. Механизмы действия среднемолекулярных пептидов и каталазы.

1.1. Среднемолекулярные пептиды

Термин СМ был предложен для обозначения компонентов плазмы крови с небольшой молекулярной массой – 300-500 Дальтон. Эти компоненты, по мнению многих исследователей, присутствуют в крови здоровых людей и являются неспецифическим маркером эндогенной интоксикации. СМП, обладая различной биологической активностью, нарушают работу ферментов, проницаемость биологических мембран. Тем самым, ухудшается работа почек, печени – органов, главной функцией, которых является очищение организма от токсических веществ. Таким образом токсины накапливаются в организме, вызывая интоксикацию.

Среднемолекулярные пептиды представляют собой гетерогенную совокупность веществ, содержание которых в жидких средах организма возрастает при разнородных патологических и экстремальных состояниях (Волчегорский и др., 1996).

Молекулы средней массы (МСМ) — физиологически активные компоненты с токсическими свойствами, занимающие по молекулярной массе промежуточное положение между пулом белков и аминокислотами. МСМ подразделяют на две группы. - вещества с низкой и средней молекулярной массой - 0,3 - 5 Да.

- олигопептиды, пептиды с молекулярной массой не более 10 Да.

Среднемолекулярные пептиды можно обнаружить в крови здоровых людей, однако их содержание значительно возрастает при различных заболеваниях. Основная масса СМП удаляется из организма путем фильтрации в почках (Эделев Н.С., 2017).

К ним относятся небелковые производные различной природы: мочевины, креатинина, мочевая кислота, глюкоза, аминокислоты, жирные кислоты, холестерин, фосфолипиды, продукты свободнорадикального окисления, которые накапливаются в организме и превышают нормальные концентрации.

Существенная особенность СМП заключается в их отчетливо выраженной высокой биологической активности. Накопление СМП является не только маркером эндоинтоксикации, в дальнейшем они усугубляют течение патологического процесса, приобретая роль вторичных токсинов, оказывая влияние на жизнедеятельность всех систем и органов. Показатель уровня СМП считают основным биохимическим маркером, отражающим уровень патологического белкового метаболизма (Никольская, 2013).

Показано, что содержание молекул средней массы (МСМ) в крови повышается при различных патологических состояниях, причем наблюдается варьирование уровня данного показателя. Таким образом, эндогенная интоксикация сопровождается нарушением метаболизма, маркером этого нарушения служит дисбаланс активности антиоксидантной системы и уровня свободно-радикального окисления.

1.2. Каталаза

Одним из ключевых ферментов антиоксидантной системы является каталаза. Название Каталаза – впервые было предложено Левом в 1901 г. ферменту, разлагающему H_2O_2 на H_2O и O_2 , который он выделил из экстракта табачных листьев. Существование органического катализатора, обладающего способностью разлагать H_2O_2 , было известно уже Тенару, который в 1818 году сообщил, что частицы разных животных тканей подобно благородным металлам способны разлагать H_2O_2 . В 1898 г. Раундницу удалось в молоке отделить способность к разложению H_2O_2 от способности произвести посинение гваяковой смолы.

Каталаза – относится к классу оксидоредуктаз, катализирующих окислительно-восстановительные реакции, входит в группу гидропероксидаз, использующих в качестве субстрата H_2O_2 ($2\text{H}_2\text{O}_2 \rightarrow 2\text{H}_2\text{O} + \text{O}_2$). По структуре – гемопrotein, содержащий 4 гемовые группы.

Функции каталазы: участвует в защите организма от эндогенной перекиси водорода, образующейся в результате функционирования аэробных дегидрогеназ; подавляет образование гидроксильных радикалов; защищает от окисления гемоглобин и способствует переносу кислорода внутри клеточных структур; участвует в окислительном метаболизме некоторых аминокислот; предохраняет от окисления SH-группы, в том числе, входящие в активный центр многих ферментов и функционально активных белков.

Фермент каталаза содержится в большом количестве в эритроцитах, а также во всех тканях и жидкостях организма, но особенно много в строме эритроцитов и печени. Каталаза является внутриклеточным ферментом. В циркулирующей крови большая доля фермента локализована в цитоплазме эритроцитов. Каталаза эритроцитов является внутриклеточным антиоксидантом, количество которого увеличивается параллельно интенсификации процессов ПОЛ.

Биологическая роль каталазы заключается в разложении перекиси водорода на воду и молекулярный кислород. Перекись водорода может образовываться в организме во время течения окислительно-восстановительных процессов. В результате многочисленных реакций, в организме человека постоянно образуются свободные радикалы, от которых наш организм защищает антиоксидантная система.

Определение активности каталазы имеет важное значение для диагностики заболеваний.

1.3. Антиоксидантная система

В организме человека в норме существуют механизмы, которые препятствуют процессам свободнорадикального окисления и накоплению свободных радикалов.

Антиоксиданты - это вещества, которые обладают способностью взаимодействовать с различными свободными радикалами и вызывать их инактивацию. Именно поэтому их широко применяют при лечении и профилактики многих заболеваний.

Таким образом, антиоксиданты препятствуют повреждающему влиянию свободных радикалов, одним из которых является активная форма кислорода. Активные формы кислорода могут образовываться при различных окислительно-восстановительных реакциях.

Свободные радикалы - это продукты неполного восстановления кислорода, это молекулы с неспаренными электронами, находящимися на внешней оболочке атома.

Они обладают очень высокой реакционной способностью и, как следствие, выраженным повреждающим действием на клеточные макромолекулы. Множество болезненных состояний (хронические заболевания, стресс, действие радиации, процесс старения и др.) протекают в организме с образованием свободных радикалов, которые способны обратимо или необратимо разрушить вещества всех биохимических классов, включая и свободные аминокислоты, липиды, углеводы и молекулы соединительных тканей.

Отнимая электрон у молекулы, они инактивируют клетки, тем самым, нарушая хрупкий химический баланс организма. Когда процесс происходит снова и снова, начинается цепная реакция свободных радикалов, при этом разрушаются клеточные мембраны, подрываются важные биологические процессы, создаются клетки-мутанты.

В организме здорового человека даже при высоком содержании антиоксидантов образуется небольшое количество продуктов перекисного окисления липидов.

Уменьшение же содержания антиоксидантов в тканях приводит к тому, что продукты перекисного окисления липидов начинают производить патологический эффект (Нагоев, Маржохова, 2002).

Перекисное окисление липидов возрастает при многих заболеваниях, поэтому его можно считать универсальным патологическим мембранным процессом, к которому наиболее чувствительны плазматические мембраны, мембраны митохондрий, микросом.

Процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) находятся в тесной взаимосвязи с антиоксидантной системой. При снижении активности антиоксидантной системы организма возрастает интенсивность процессов ПОЛ, приводящих к накоплению альдегидов, кетонов, окисленных жирных кислот, вызывающих структурную и функциональную дестабилизацию мембран и их поверхности. Вследствие эндотоксикоза прежде всего могут изменяться состояние поверхности клеток крови и связанных с ней функциональных свойств.

СМП, нарушая физико-химические свойства клеточных мембран, делают их более доступными для разного рода повреждающих воздействий. При достаточно высоком содержании антиоксидантов в организме образуется лишь небольшое количество

перекисноокисленных липидов, которые участвуют в регуляции физиологических процессов. Уменьшение содержания антиоксидантов в тканях приводит к тому, что продукты ПОЛ начинают производить вместо физиологического патологическое действие.

Глава 2. Результаты и их обсуждение

Уровень веществ средней молекулярной массы является общепринятым маркером эндогенной интоксикации, позволяет оценивать тяжесть и прогноз заболевания (Гаврилова И.Б. с соавт, 1999).

Таблица 1.

Среднее содержание СМП в крови учащихся 9-10 классов

Группа обследованных уч-ся	Кол-во учащихся	СМП, усл. ед.
9 класс	10	0,124±0,02
10 класс	15	0,128±0,04
11 класс	15	0,132±0,03

В результате исследования было установлено, что концентрация СМП в крови у учащихся 9-11 классов в среднем была в пределах нормы, что соответствует литературным данным.

При определении каталазной активности было установлено, что есть небольшие изменения в показателях, хотя в целом, каталазное число тоже находится в пределах нормы.

Таблица 2.

Среднее содержание каталазы в крови учащихся 9-10 классов

Группа обследованных уч-ся	Кол-во учащихся	Каталаза,(мг/л)
9 класс	10	16,74
10 класс	15	12,05
11 класс	15	13,77

При определении каталазной активности выяснилось, что у некоторых учащихся 10 и 11 классов каталазное число было ниже нормы, у этих же учащихся содержание СМП было несколько повышено. Для выяснения причин, мы разделили обследованных учащихся на 3 группы: здоровые ученики с отрицательной реакцией, часто болеющие ученики, ученики с положительной реакцией Манту. По таблице 3 видно, что у учащихся в третьей группы каталазное число ниже, что говорит о пониженной активности антиоксидантных ферментов, в частности каталазы. Поэтому в организме происходят реакции с накоплением токсических веществ, что может провоцировать различные болезни. Было установлено, что у этих учащихся была положительная реакция Манту, а у одной из учениц – заболевание почек.

Таблица 3.

Содержание СМП и каталазы в крови в зависимости от показателей реакции на Манту

Группа учащихся с реакцией на Манту	Количество обследованных уч-ся	СМП, усл. ед.	Каталаза, (мг/л)
Здоровые ученики с отрицательной реакцией	10	0,124±0,02	13,77
Часто болеющие ученики	8	0,136±0,02	10,11
Ученики с положительной реакцией	4	0,217±0,04	8,14

Таким образом, у здоровых учеников содержание СМП - 0,124 усл.ед, а каталазная активность - 13,77 мг. У учащихся с положительной реакцией Манту – показатели каталазной активности несколько снижены и повышена концентрация СМП.

Можно считать, что угнетение антиоксидантной системы за счет подавления активности ее ферментативного звена у этих учеников взаимосвязано с развитием эндогенного токсикоза и поэтому в этой группе понижена активность каталазы в крови по сравнению с другими учащимися.

Следовательно, по мере снижения активности каталазы как ключевого компонента антиоксидантного пула в организме школьников происходит нарастание эндогенной интоксикации.

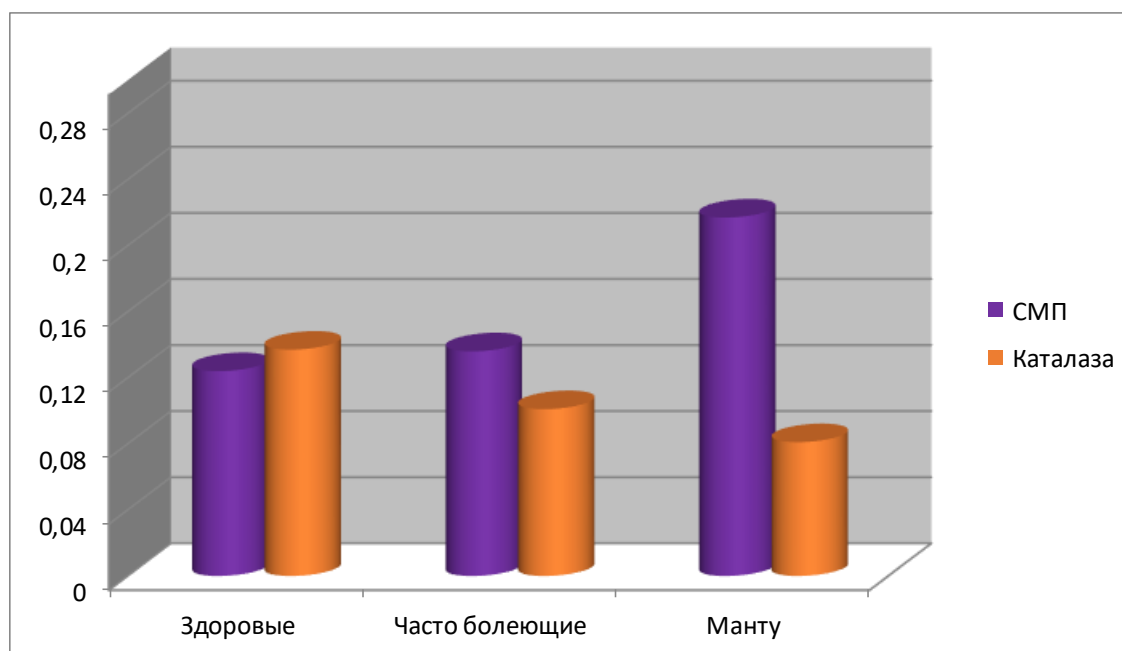
При достаточно высоком содержании антиоксидантов в организме образуется лишь небольшое количество продуктов перекисного окисления липидов, участвующих в регуляции сложных физиологических процессов, уменьшение же содержания антиоксидантов в тканях приводит к тому, что продукты перекисного окисления липидов начинают производить вместо физиологического «патологический эффект».

Кроме того, в детском возрасте может формироваться дисфункция протеолитических систем. В ответ на поступление с пищей определенных вредных веществ, плохой экологии в организме не происходит адекватной утилизации продуктов обмена. Они накапливаются и провоцируют цепь других биохимических процессов: образование биогенных аминов, активацию перекисного окисления липидов с угнетением систем антиоксидантной защиты, островоспалительные реакции. Несвоевременное удаление эндотоксинов и отсутствие

нормализации протеолитических реакций приводят к нарушению функций организма.

Определение концентрации СМП и каталазной активности в крови может быть использовано при прогнозировании различных заболеваний.

Диаграмма 1.



Кроме того, в детском возрасте может формироваться дисфункция протеолитических систем. В ответ на поступление с пищей определенных вредных веществ, плохой экологии в организме не происходит адекватной утилизации продуктов обмена. Они накапливаются и провоцируют цепь других биохимических процессов: образование биогенных аминов, активацию перекисного окисления липидов с угнетением систем антиоксидантной защиты, островоспалительные реакции. Несвоевременное удаление эндотоксинов и отсутствие нормализации протеолитических реакций приводят к нарушению функций организма.

Определение концентрации СМП и каталазной активности в крови может быть использовано при прогнозировании различных заболеваний.

Заключение

Использование методов прогнозирования и ранней диагностики дают возможность предупреждения того момента, когда в здоровом организме начинают происходить процессы, способные привести к болезни задолго до проявления реального заболевания. Результаты наших исследований и анализ литературных данных показывают, что вначале можно ограничиться констатацией – здоров или не здоров обследуемый, путем определения уровня эндогенной интоксикации организма и его антиоксидантной защиты, а затем уже делать выводы.

Проведенные исследования позволяют считать такие интегральные характеристики крови, как уровень средних молекул, активность фермента антиоксидантной защиты –

каталазы, диагностическим и прогностическим критерием, который отражает физиологическое состояние организма.

Выводы

1. В результате исследования было установлено, что концентрация СМП в крови у учащихся 9-11 классов в среднем в пределах нормы, что соответствует литературным данным.

2. При определении каталазной активности было установлено, что есть небольшие изменения в показателях, хотя в целом, каталазное число тоже находится в пределах нормы.

3. У здоровых учеников содержание СМП - 0,124 усл.ед, а каталазная активность - 13,77 мг. У учащихся с положительной реакцией Манту – показатели каталазной активности несколько снижены, а концентрация СМП повышена.

4. Установлена зависимость между содержанием СМП и каталазной активностью.

Литература

1. Биологическая химия: руководство к самостоятельной работе студентов / Авторский коллектив: Ф.Х. Камилов, Ш.Н. Галимов, Н.Т. Карягина, Г.М. Абдуллина, Ф.А. Сагидуллин, А.А. Байгильдина. – Уфа: Изд-во ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситет Росздрава». – 2010. – 283 с.

2. Габриэлян Н. И., Липатова В.И. Опыт использования показателей средних молекул в крови для диагностики нефрологических заболеваний у детей // Лаб. дело. 1984. № 3. С. 138–140.

3. Гончаренко М.С., Семко Г.А., Гладкая Е.А. Оптимизация обследования здоровья школьников путем использования диагностики эндогенного токсикоза и антиоксидантной защиты// Науч-практ.журн. «Валеология», №3, 2011 г.

4. Григорьев И.В. Изменение белкового состава слюны человека при моделировании психоэмоционального напряжения / И.В. Григорьев [и др.]. Физиол. человека. 2008. Т. 32. № 6. С.86–94.

5. Ермаков А.В. Диагностические возможности использования метода определения уровня средномолекулярных соединений в практической медицине //Клиническая медицина, 2015 г.

6. Овчинникова Ю.Е. Показатели интоксикации в определении активности туберкулезной инфекции у детей. / Ю.Е. Овчинникова, Г.В. Манакова // Пробл. туберкулеза. – 2015. – N5. – С.47–48.

8. Эделев Н.С., Обухова Л.М., Эделев И.С., Катиркина А.А. Анализ веществ низкой и

средней молекулярной массы для дифференциальной диагностики смерти в результате острого мелкоочагового инфаркта миокарда и других форм патологии сердца. Судебно-медицинская экспертиза. 2017 г.

ДЕЙСТВИЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ КРЕМОВ НА БАКТЕРИЦИДНУЮ АКТИВНОСТЬ КОЖИ

К.Д. Зенчурина, С.М. Катаева – ученики 10 класса

Кафедра микробиологии и иммунологии

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель – к.в.н., доцент С.Г. Аккузина

Бактерицидная активность кожи – это суммарное воздействие бактерицидных факторов кожи (жирных кислот, перекиси водорода и др.) на грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы. Этот показатель отражает состояние защитных сил организма. В норме кожа обладает высоким антибактериальным потенциалом.

Основными бактерицидными факторами кожи, участвующими в механизме защиты, являются: непроницаемость для бактерий рогового слоя кожи, низкие значения pH эпидермиса, оборот рогового слоя, то есть удаление микроорганизмов с поверхности кожи в процессе отшелушивания. В связи с этим, микробы, оседая на открытые части кожи, погибают в течение 15-20 минут.

У лиц со сниженной эффективностью механизмов естественного иммунитета бактерицидная активность кожи существенно снижается.

В современном мире кожа подвергается не только нападениям бактерий, грибов, но и воздействию неблагоприятных факторов внешней среды: ультрафиолетовые лучи, ветер, пыль, грязь, антибиотики, обезжиривание кожи (спиртом, эфиром), а также социальным факторам: стрессы, алкоголь, наркотики, табак, которые снижают ее защитные свойства.

Для поддержания нормального состояния кожи косметической промышленностью предлагается широкий ассортимент кремов разного функционального назначения. Сообщений о влиянии кремов на бактерицидную активность кожи человека в доступных источниках нами не обнаружено, поэтому **целью** работы стало изучение этого вопроса.

Материалы и методы исследований. В качестве объектов исследования использовали крем косметический дневной увлажняющий.

В исследованиях принимали участие обучающиеся в возрасте 19 лет (13 человек - группа №1) и 14 лет (11 человек - группа №2).

В работе использованы бактериологические, бактериоскопические методы исследования.

Изучение микрофлоры кожи проводили путем взятия смывов с помощью стерильных ватных тампонов и посева на питательные среды: мясо - пептонный агар (МПА) и солевой агар. Идентифицировали бактерии, изучая морфологические, тинкториальные, культуральные, биохимические свойства. Для определения морфологических и тинкториальных свойств из культур бактерий были изготовлены мазки и окрашены по Граму. Микроскопию мазков проводили при увеличении в 1000 раз в иммерсионную систему микроскопа. Характер роста микроорганизмов на МПБ, МПА и солевом агаре устанавливали визуально. Для подтверждения результатов бактериологического метода вид бактерий определяли путем постановки полимеразной цепной реакции.

Бактерицидная активность кожи оценивалась по методу Клемпарской Н.Н.

Результаты исследования. При бактериологическом исследовании смывов с поверхности кожи на МПА выросли колонии S-формы светложелтого, желтого и оранжевого цвета. При постановке ПЦР установлено, что выделенные культуры относились к кокковой микрофлоре: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Sarcina ventriculi*.

При изучении микрофлоры кожи рук у обучающихся группы №1 установлено присутствие *Staphylococcus aureus* у 10% обследуемых, *Staphylococcus epidermidis* – у всех, у представителей группы №2 носителями *Staphylococcus aureus* были 50% учащихся, *Staphylococcus epidermidis* - все и *Sarcina ventriculi* -5%. Изолированные виды стафилококка являются транзиторными микроорганизмами, заселяющими открытые участки кожи из воздуха и с объектов. Сарцина - представитель резидентной микрофлоры кишечника и могла появиться на поверхности кожи при несоблюдении гигиены рук.

Далее была изучена бактерицидная активность кожи у обучающихся групп № 1, 2 без воздействия кремов. Изменение количества бактерий на коже определяли непосредственно после нанесения стандартной суспензии *E. coli* на кожу предплечья, через 5, 10, 15, 20 минут.

После термостатирования бактериальных отпечатков со средой Эндо установили, что количество выросших колоний после нанесения суспензии *E. coli* на кожу находится в диапазоне от 69 до 73 в обеих группах. Далее отпечатки были взяты через 5 минут – количество колоний резко снизилось у обучающихся первой группы (10% - 2 колонии). Во второй группе через 5 минут после нанесения суспензии отмечали наличие колоний на среде Эндо у 100% респондентов (от 2 до 5 колоний). Через 10 минут колонии *E. coli* отсутствовали у представителей 1 и 2 группы. В результате подсчета индекс бактерицидности у всех участников опыта составил 100%.

Крем наносили на предплечье другой руки, экспозиция продолжалась 20 минут. Взятие отпечатков на среду Эндо проводили после экспозиции через 0, 5, 10, 15, 20 минут. Культивирование посевов показало увеличение количества бактериальных клеток, вероятно

по причине адгезии их к поверхности крема.

Индекс бактерицидности кожи после нанесения крема через 20 минут составляет у первой группы 83% (через 5 минут- 36,9%, через 10 минут- 49,2%, через 15 минут – 58,5%); у второй группы 41,9% (через 5 минут- 17,6%, через 10 минут- 22,9%, через 15 минут – 33,8%). Низкое значение ИБ во второй группе, возможно, объясняется пубертатным периодом развития респондентов второй группы. Полученные значения ИБ ниже установленной нормы (не ниже 95%).

Выводы.

1. При бактериологическом исследовании смывов с поверхности кожи выделена кокковая микрофлора: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Sarcina ventriculi*. Отмечено присутствие золотистого стафилококка на коже у каждого второго подростка.

2. Индекс бактерицидности кожи первично у респондентов обеих групп составлял 100%. Через 10 минут наблюдения на поверхности кожи не обнаружены клетки *E. coli*.

3. В результате нанесения крема на кожу предплечья и его экспозиции количество микроорганизма снижалось медленно – к 20 минуте составило в первой группе 11 клеток и во второй группе 43 клетки. Крем, оставшийся на коже, адгезировал и поддерживал размножение бактерий.

4. Значения индекса бактерицидности кожи после нанесения крема ниже нормативного (95% и более). В первой группе составил 83% (возраст 19 лет) и во второй группе 41,9% (возраст 14 лет).

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА А.Н. СТРЕЛЬНИКОВОЙ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ

К.С. Федоров – ученик 10 класса гимназии №123 г. Барнаула

Кафедра философии

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент С.И. Дегтярев

Актуальность темы. Современная медицина считает, что формирование правильного стереотипа дыхания – залог хорошего здоровья [Буланкина И.А., 2010, с.15]. У большинства людей, ведущих малоподвижный образ жизни, дыхание частое и поверхностное. Это приводит к нарушению газообмена в легких, снижению усвоения кислорода тканями [Физиология системы дыхания, 2016, с.10]. Особенно вопросы здоровья сердечно сосудистой системы приобрели актуальность в настоящее время в связи с новым

опытом терапии пациентов, перенесших COVID-19. Данная категория пациентов требует особой тактики ведения с целью предотвращения значительного поражения легких, а так же реабилитация после перенесенного заболевания.

По результатам исследований, проведенных отечественными и зарубежными учеными из числа физиологов и ученых-медиков, дыхательная гимнастика помогает восстановить технику правильного дыхания, нормальное соотношение вдоха и выдоха. Человек учится дышать, задействуя не только мышцы грудной клетки и плеч, но и мускулатуру живота и диафрагму. При этом легкие получают возможность расширяться до своего естественного объема, и их производительность значительно увеличивается.

Цель: выявить наиболее эффективные компоненты дыхательной гимнастики.

Методы исследования.

Общелогические методы: сравнение, анализ и синтез, индуктивное обобщение, метод сходства как индуктивный метод установления причинно-следственных связей.

Общенаучные эмпирические методы: наблюдение, анкетный опрос, измерение.

Дисциплинарные и междисциплинарные эмпирические методы: инструментальные методы оценки состояния сердечно - сосудистой и дыхательной системы с помощью медицинских приборов тонометра (LD-3a Little Doctor) и пульсоксиметра (Nonin 8500).

Результаты

Особенностью и важным преимуществом дыхательной гимнастики Стрельниковой является использование форсированного вдоха и вовлечение самой мощной дыхательной мышцы – диафрагмы [Щетинин М.Н., 2002, с.19]. Дыхательная гимнастика заключается в тренировке короткого, резкого, шумного вдоха через нос с частотой приблизительно 3 вдоха за 2 секунды с последующим абсолютно пассивным выдохом через нос или через рот.

Для того, чтобы выяснить, нужно ли использовать дыхательную гимнастику в наше время, мы провели опрос. Опрос проводился посредством анкетирования. Опросный лист был разработан нами самостоятельно. Средний возраст респондентов - 16 лет. Вопросы анкеты были составлены таким образом, чтобы выяснить основные физические характеристики респондента, наличие или отсутствие хронических заболеваний, в том числе, сердечно – сосудистых и легочных, а также оценить физическую активность. Анкета состоит из 7 вопросов.

Анализ и обобщение данных анкетирования

Анализ данных показал, что 32.5% опрошенных, а именно, 26 человек, страдают заболеваниями дыхательной системы. С сердечно – сосудистыми заболеваниями ситуация хуже, 37 человек, или 46.3% опрошенных, имеют нарушения сердечно – сосудистыми

заболеваниями. В начале исследования у каждого испытуемого определялся уровень физической подготовленности и функциональное состояние дыхательной, и сердечно - сосудистой систем. Испытуемые жаловались на плохое самочувствие, вялость, повышенное/пониженное давление, тяжесть при выполнении физических упражнений. Из полученных первичных данных видно, что уровень физической подготовленности практически у всех испытуемых ниже среднего, у них отмечается повышенное ЧСС в покое, повышенное АД.

Результаты первичного обследования

Участники	ЧСС в покое, мин.	АД в покое	ЧСС после нагрузки, мин	АД после нагрузки
1	102	110/70	138	130/80
2	66	100/75	114	140/80
3	90	125/80	150	135/80
4	60	130/80	120	140/80
5	72	130/75	132	130/90

В комплекс дыхательной гимнастики было включено 5 упражнений. Упражнения активно включают в работу все части тела (руки, ноги, голову, плечевой пояс и т. д.) и вызывают общую физиологическую реакцию всего организма, повышенную потребность в кислороде. Так как все упражнения выполняются одновременно с коротким и резким вдохом через нос (при абсолютно пассивном выдохе), это усиливает внутреннее тканевое дыхание и повышает усвояемость кислорода тканями.

В начале исследования, при выполнении дыхательной гимнастики, испытуемые жаловались на головокружение, головные боли. Это связано с тем, что происходит гипервентиляция. Через 2 недели у занимающихся испытуемых жалобы на плохое самочувствие во время выполнения дыхательной гимнастики отсутствовали. Через 2 месяца было проведено повторное исследование физической подготовленности испытуемых и функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем, испытуемые отмечали положительные изменения в самочувствии (снижение АД, отсутствие головных болей, прилив бодрости и энергии).

Результаты после двух месяцев дыхательной гимнастики

Участники	ЧСС в покое, мин.	АД в покое	ЧСС после нагрузки, мин	АД после нагрузки
1	72	110/65	114	120/80
2	65	110/60	114	130/70
3	78	115/70	138	135/75
4	60	120/70	90	130/70
5	68	120/75	116	130/80

Заключение

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что в настоящее время большое количество людей страдают заболеваниями дыхательной системы и сердечно - сосудистыми заболеваниями или нуждаются в их профилактике.

Регулярные занятия дыхательной гимнастикой по методикам Александры Николаевны Стрельниковой способствуют положительной динамике в функциональном состоянии организма.

На основе полученных данных о дыхательной системе человека и пользе дыхательной гимнастики составлены методические рекомендации для профилактики, лечения сердечно - сосудистых заболеваний, заболеваний дыхательной системы, и улучшения эмоционального состояния человека.

Список источников и литературы

1. Буланкина И. А. Дыхательная система человека: учебно-методическое пособие. Иркутск, 2010 – 49с.
2. Физиология системы дыхания: учебное пособие / Сост.: А.Ф. Ка-Ф 50 юмова, И.Р.Габдулхакова, А.Р. Шамратова, Г.Е. Инсарова. – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2016 – 60 с.
3. Щетинин М.Н. Дыхательная гимнастика А.Н.Стрельниковой. — М.: Метафора, 2010 —368 с.

МЕТОДЫ И СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ ДЛЯ УСПЕШНОЙ СДАЧИ ЕГЭ

А.Г. Гасанова – ученица 11 класса

МБОУ «Гимназия Культуры мира» г. Дербент

Научный руководитель - А.Я. Челебова

Введение. Память – психический процесс обозначающий накопление, сохранение и воспроизведение знаний, умений и навыков. Способность запоминания присуща всем высшим животным, но особенно развита у человека. Первым в исследовании памяти считается Герман

Эббингауз. Исследования памяти человека с точки зрения онтогенетического подхода проводили П.П.Блонский, Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев и др. Другую группу работ составили фундаментальные исследования закономерностей непроизвольного запоминания, которые проводили такие как П.И.Зинченко, А.А.Смирнов. Актуальность моего исследования заключается в том, что для успешной сдачи ЕГЭ необходимо запомнить большой объем информации. А для этого необходимо развивать долговременную память.

Объект исследования: память.

Цель исследования: изучение методов улучшения памяти.

Гипотеза: память можно улучшить с помощью определённых приёмов при запоминании.

Задачи исследования:

1. Раскрыть понятие "память".
2. Объяснить процессы памяти.
3. Изучить методы улучшения памяти и составить рекомендации.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ литературы по проблеме исследования.
2. Проведение анкетирования учащихся.
3. Анализ полученных результатов.
4. Составление рекомендаций.

I. Основная часть.

Глава 1. Память и её значение в жизни человека.

1.1. В широком смысле память – это сохранение информации о сигнале до того, как действие сигнала прекратилось. В узком смысле память – это способность живых организмов избирательно фиксировать изменения, которые важны для приспособления к условиям жизни. Существует 2 рода памяти: видовая и индивидуальная. Видовая или генетическая память – самый длительный по времени сохранения вид памяти. Это информация, накопленная в процессе эволюции вида и закреплённая в безусловных рефлексах и инстинктах. Индивидуальная память – информация, приобретаемая в течение жизни человека в виде условных рефлексов. Память играет важную роль в жизни и помогает приспособиться к постоянно меняющимся условиям среды. Память включается во все виды и уровни деятельности, т.к. человек опирается на собственный и исторический опыт.

Память лежит в основе способностей человека, является условием научения, приобретения знаний, умений и навыков. Связывает прошлое, настоящее и будущее и обеспечивает единство психики, придавая ей индивидуальность. Основные процессы

памяти— это запоминание, хранение, воспроизведение и забывание. Память— это функция мозга, а физиологической основой является пластичность нервной системы. 1.2. Виды памяти:

1) Память по длительности сохранения информации: кратковременная(оперативная) и долговременная. Кратковременная память сохраняет информацию на 25-30 сек. после прекращения её восприятия. Долговременная память рассчитана не только на длительный срок хранения информации, но и на многократное повторное воспроизведение.

2) Память по способу запоминания: логическая— человек запоминает, понимая о чём идёт речь, и механическая- человек запоминает, не понимая информации.

3) По участию воли в запоминании: непроизвольная— информация запоминается в ходе выполнения деятельности, без специального заучивания. Непроизвольная память хорошо развита у детей, у взрослых она ослабевает. Произвольная память—информация запоминается целенаправленно, с помощью специальных приёмов.

4) По характеру психической активности: двигательная (или моторная), эмоциональная (или аффективная), образная, словесно-логическая. Двигательная память—запоминание, хранение и воспроизведение различных движений. Она лежит в основе многих практических и трудовых навыков.

Эмоциональная память- запоминание и воспроизведение чувственных восприятий совместно с вызывающими их объектами.

Образная память-запоминание и воспроизведение образов ранее наблюдаемых предметов и явлений.

В зависимости от того, какой орган воспринимает сигнал - образную память подразделяют на зрительный, слуховые, обязательную, обонятельную и вкусовую. Вклад в исследование эйдетической памяти внесли Л.С.Выготский и А.Р. Лурия. Они ввели термин "эйдетизм", как разновидность образной памяти, способность воспроизводить яркие картины предметов, явлений по прекращении их непосредственного воздействия на органы чувств.

Словесно-логическая память-запоминание, хранение и воспроизведение мыслей, понятий, умозаключений в словесной форме.

Глава 2. Запоминание.

Выделяют 2 группы мнемонических приёмов, используемых в запоминании: 1) Простые мнемонические приёмы, используемые при организации всей умственной деятельности. Они не требуют дополнительной работы над материалом, подлежащим к запоминанию. К этим приёмам относятся:

а) Наглядность. Запоминание улучшается, потому что при наглядности участвуют многие виды памяти.

б) Закрепление понятого и осмысленно материала. Необходима сознательная установка на запоминание. Следуя после мыслительного процесса, произвольное смысловое запоминание может попасть под иллюзию закреплённости понятого материала, результатом которой будет сильное забывание (до 25-75% материала)

в) Повторение-приём, обеспечивающий закрепление материала. Его продуктивность определяется несколькими условиями. Повторение опирается не на узнавание, а на воспроизведение материала, чтобы не возникла иллюзия закреплённости материала.

Повторение также должно быть распределено во времени, а не быть сплошным.

г) Правильная организация умственной работы. Запоминание будет более продуктивным, если друг за другом будут следовать различные по характеру и типу работы, т.к. последующая работа может стереть результаты предыдущей. Например, если после английского языка следующим будет русский, то возникнет так называемая интерференция, которая представляет собой взаимодействие двух и больше чисел процессов, при которой происходит нарушение или подавление деятельности одного из них.

2.1. Сложные mnemonicические приёмы.

В них в наибольшей степени обнаруживается специфика произвольного смыслового запоминания. Эти приёмы предполагают определённое структурирование материала, который требуется запомнить. Имеются следующие сложные приёмы:

а) Смысловая группировка. Она базируется на мыслительных операциях анализа и синтеза. При работе с учебным материалом алгоритм смысловой группировки будет следующим: ориентировочное чтение с целью ознакомления с объёмом и т.д.; разбивка материала на законченный смысловой отношения группы, не забывая при этом о законе кратковременной памяти (закон- Миллера -Спеллинга: разбивка информации на 7 ± 2 блока (установление основной мысли в каждом блоке, установление смысловой логических связей между частями). С тем, что все они уменьшают объем запоминаемого материала, материал становится более организованным в определённую структуру. Смысловая группировка становится mnemonicическим приёмом лишь в том случае, если стала мыслительным навыком.

б) Смысловые отношения. В основе этого приёма лежит мыслительная операция - сравнение.

Суть его заключается в том, что сопоставляется

материал уже запомненный и запоминаемый. Как и предыдущий приём, помогает запоминанию, если стал мыслительным навыков,

в) Выделение смысловой и наглядных опор. В этом случае работы по запоминанию идут на двух языках: в словесной структуре и в наглядном образе.

Архивация- это накопление материала в памяти. В зависимости от того, вовлекается ли при этом эпизодическая или семантическая память, архивация происходит по-разному. Это важное подразделение двух форм памяти ввёл Тульвинг. В эпизодической памяти хранится вся информация о различных событиях нашей жизни. По сути своей эта память автобиографична. А семантическая память включает все те структуры, которые свойственны данной культуре и позволяют познавать мир. В семантической памяти хранятся правила, лежащие в основе языка и различных умственных операций. Таким образом семантическая память служит своего рода каркасом для событий текущей жизни, которые хранятся в эпизодической памяти.

Глава 3. Условия, влияющие на запоминание.

1. Настройка на запоминание. Для эффективного запоминания необходима установка-цель запомнить текст, а не просто воспринять.

2. Осмысленность запоминания. Осмысленно запоминание основано на понимании логических связей между частями текста. Такое запоминание продуктивнее и требует меньше условий, чем механическое.

3. Повторение.

а) Активное повторение -проговаривание или пересказ текста вслух.

б) Концентрированное повторение- заучивание материала за раз. Оно требует большое количество повторений.

в) Распределенное повторение -материал заучивается через промежутки. Оно требует меньше повторений и обеспечивает прочность знаний.

4. Благоприятные внешние условия:

а) проветренное помещение

б) хорошее освещение

в) отсутствие шума и др. отвлекающих предметов

г) организация рабочего места

5. Хорошее психофизическое состояние.

а) правильное питание

б) двигательная активность

в) здоровый сон

6. Использовать схемы-тезисы.

7. Использование воображения.

8. Ассоциирование - связывание одного элемента с другим. Необходимо выстроить связь между запоминаемым и запомненным.

Для запоминания больших объемов разделить материал на части, чтобы на каждую затратить 15-20 минут. А затем приступить к повторению частей.

Глава 4. Практическая часть.

а) Методы улучшения памяти.

Группа учащихся в составе 20 человек, являющиеся моими одноклассниками, любезно согласились принять участие в моём эксперименте, в связи с тем, что каждый из них испытывал затруднения в запоминании при подготовке к ОГЭ.

Диагностику скорости запоминания, точности, прочности запоминания, организованности памяти мы провели так: на большом листе бумаги написано 20 слов (дуб, корова, луна, часы, земля, воробей, лопата, лещ, молоток, чай, хлеб, цапля, кастрюля, окно, акула, арбуз, тыква, книга, рука, нос). Медленно зачитываются один раз все слова. Затем убирается лист со словами. Учащимся дается 3 минуты для воспроизведения слов. Затем ещё 2 раза зачитываются слова. Школьники воспроизводят, что запомнили письменно. Третий раз зачитываются слова 2 раза. Снова ученики по памяти записывают слова. Оценка результатов: те подростки, которые после первого прочтения воспроизводят наибольшее число слов, отличаются лучшей скоростью, точностью и организованностью памяти (за каждое слово – 0,5 балла). Те учащиеся, которые после второго прочтения показали средние результаты, получили средний балл (обычно это 5 баллов). Остальные имеют наименьшие показатели скорости, точности и организованности памяти. Через 3 дня мы попросили учащихся по памяти воспроизвести текст в течение 3-х минут. После этого оценивается долговременная память. За каждое правильно воспроизведенное слово дается 0,5 балла.

Результат	Высокий	Средний	Низкий
Первичный	7	8	5

После первого эксперимента учащиеся получили рекомендации по питанию и комплекс упражнений для развития памяти.

б) Правильное питание.

Очень важно употреблять продукты, содержащие йод (морские продукты, грецкие орех, фейхоа). Йод важен для выработки тироксина - гормона щитовидной железы. Тироксин напрямую связан с умственными способностями человека. При его недостатке у детей развивается кретинизм, у взрослых - микседема. Йод содержится в морской капусте, рыбе, фейхоа, грецких орехах, йодированной соли. Немаловажную роль в организме играет цинк, который можно получить из круп, мяса, орешек, злаков и др.

Для нормального развития мозга необходимы животные белки. Это подтверждает пример из эволюции человека. Австралопитеки жили в Южной Африке 7 млн лет назад. Их рост достигал 120-160 см, масса 30-60 кг, объем мозга не превосходил 550 см³. Они

занимались собирательством и охотой, пользуясь вместо оружия камнями. Большую часть в их рационе занимало мясо. Возможно, употребление мяса сыграло немаловажную роль в развитии ЦНС наших предков. Очень важно употребление мяса в перинатальный период женщиной, которая находится в ожидании ребенка. Белки, которые входят в состав мяса и микроэлемент цинк способствуют развитию у будущего ребенка хорошей памяти. В период эмбрионального развития правильное питание будущей матери будет играть важную роль в развитии долговременной памяти ребенка.

Продукты, содержащие йод	Продукты, содержащие цинк
Фейхоа	Мясо
Рыба	Бобы
Морская капуста	Семена тыквы и кунжута
Грецкие орехи	Овсяные хлопья и злаки
Дыня	Краб, устрицы
Иодированная соль	Шпинат, спаржа, брокколи

в) Комплекс упражнений.

Также крупная и мелкая моторика способствует укреплению памяти и одновременному развитию обоих полушарий. Хочу показать несколько упражнений на развитие памяти.

1. На правой руке поднимаем указательный палец, а на левой перекрещиваем указательный и большой палец. Затем меняем положение: на левой поднимаем указательный, на правой перекрещиваем. Если упражнение выполняется легко, добавляем хлопок.

2. В правую руку берём молоток и забивает гвозди, левой гладим утюгом.

3. Упражнение Проппера. 90 сек сжатий - разжатий правой руки перед усвоением информации, а затем 90 сек левой рукой перед её воспроизведением улучшают способность к запоминанию. Но это же упражнение, выполненное в обратном порядке, ухудшает память. Это объясняется тем, что движения рук активируют оба полушария. Правая рука связана с левым полушарием, отвечающим за кодирование информации в памяти. А левая придаёт дополнительный импульс "головке воспроизведения" в правом полушарии.

Музыка Моцарта развивает "огневую мощь", т.е. упорядоченность нейронов коры головного мозга. Она способствует образованию памятного следа - энграммы (консолидация). Прослушивание музыки Моцарта стимулирует творческие области мозга, восприятие, оказывает оздоровительное и успокаивающее действие. Для подтверждения могу привести пример из жизни французского актера Жерара Депардье. Он имел проблемы с

речью (сильное заикание) и памятью. Врач определил, что у него были проблемы с правым ухом и порекомендовал слушать музыку Моцарта по 2 часа в день в течение нескольких месяцев. Результат оказался потрясающим. Жерар Депардьё полностью и навсегда избавился от проблем с правым ухом, от заикания и проблем с памятью, что и помогло ему стать великим актёром мирового уровня.

В течение 10 дней учащиеся выполняли данные рекомендации и была проведена 2 часть эксперимента.

Результат	Высокий	Средний	Низкий
Первичный	7	8	5
Вторичный	12	7	1

II. Заключение.

В процессе исследования я пришла к следующим выводам:

1. Долговременная память сохраняет информацию неограниченное время. Она не утрачивается и может воспроизводиться сколько угодно.

2. Тренированную память можно сравнить с организмом тренированного человека (спортсмена), потому что нагрузки, которые может вынести спортсмен не подвластны нетренированному организму. Так и люди с нетренированной памятью не могут выдержать умственные нагрузки. А память можно и нужно тренировать.

3. Я думаю, что моя небольшая скромная работа может послужить рекомендацией для учащихся, учителей и родителей, заинтересованных в развитии долговременной памяти. Мне кажется, что моё исследование очень интересно и актуально, так как существует много аспектов памяти, поэтому я планирую продолжить работу над данной темой.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ С ЗАДЕРЖКОЙ ДЫХАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Э. Шихрагимова – ученица 9 класса

МБОУ «СОШ № 61» Махачкала, Россия

Научный руководитель – учитель биологии Т.Ш. Алиханова

Актуальность Физическое развитие детей и подростков является одним из важных показателей здоровья и благополучия. Очень часто дети болеют простудными заболеваниями и не все желают заниматься спортом.

Цель исследования: 1. Оценивать состояние дыхательной системы подростка и организма и выявить зависимость её состояния от занятий спортом. 2. Изучить способность

к задержке дыхания на вдохе, на выдохе, до и после нагрузки. 3. Оценить влияние функциональных проб с задержкой дыхания на частоту сердечных сокращений

Материалы и методы исследования: эксперимент, сравнение, наблюдение, беседа, анализ продуктов деятельности.

Результаты исследования и выводы экспериментальным путем мне удалось доказать, что, если все будут заниматься спортом, то это будет способствовать развитию дыхательной и сердечно-сосудистой системы. По пробам Серкина можно сделать вывод, что почти у 60 % детей из группы спортсменов время задержки дыхания возросло, а это значит, что у них дыхательный аппарат более подготовлен к физическим нагрузкам. А по функциональным пробам Генчи-Штанге продемонстрировали, что ребята занимающиеся спортом находятся в большей степени выгодном положении. И их показатели оказались выше нормы по обоим пробам.

Улучшенный дыхательный аппарат – гарантия полноценной жизни клеток. Общеизвестно, что смерть клеток организма всегда связана с кислородным голоданием (гипоксией). По значительным исследованиям отмечено, что чем больше способность организма усваивать кислород, тем выше вероятность физической работоспособности человека.

Тренированный аппарат легких, бронхов и дыхательных мышц – это один из первых шагов к улучшению здоровья.

При применении систематичных спортивных нагрузок максимальное потребление кислорода, как установлено спортивными физиологами, повышается в среднем на 25-35%.

У спортивного человека аппарат внешнего дыхания в состоянии покоя работает более в экономичном темпе, то есть, частота дыхания снижается но, при этом повышается его глубина. Из одного и того же объема воздуха, профильтрованного через легкие, извлекается большее количество кислорода.

При мышечной активности потребность организма в кислороде увеличивается и организм автоматически «подключает» к решению энергетических задач незадействованные до этого времени запас легочных альвеол.

Спортивные физиологи считают, что эта система повышенной аэрацией легких придает силу их с сопровождением усиления кровообращения во вступившей в работу ткани и увеличением насыщенности кислородом легких.

При физических тренировках легочная ткань, где хорошо насыщена кислородом менее, подвержена заболеваниям, чем те ее части, которые аэрированы менее и потому хуже кровоснабжаются.

Всем нам известно, что при внешнем дыхании нижние доли легких незначительно

участвуют в процессе газообмене. В частности, где легочная ткань обескровлена, чаще оказывают воспалительные очаги. Или же, повышенная вентиляция легких обеспечивает целительное действие при хронических легочных заболеваниях.

ПРОБЛЕМА СУИЦИДА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ПЕРМИ

Е.Е Пермякова - ученица 10 «б» класса МАОУ «ГИМНАЗИЯ №6»

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры факультетской педиатрии

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России Н.А. Ханова

Актуальность темы. Проблема подросткового суицида в последнее время превратилась в одну из острых и первостепенных проблем нашего общества. **Суицид** – акт самоубийства, совершаемый человеком в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания. Чаще всего суицидальные попытки подростков спонтанные и не продуманные, совершенные на высоте эмоций. [1]

Цель - изучить причины суицида подростков Перми и выяснить, какие факторы могут влиять на решение покончить жизнь самоубийством.

Материалы и методы. Для исследования была разработана авторская анкета, состоящая из 28 вопросов. В ней приняли участие 50 подростков, проживающих в Перми, среди них юношей (28%) и девушек (72%). Распределение по возрасту было следующим: 13-15 лет (28%), 16-17 лет (72 %). Анкетирование было проведено с помощью Google-формы.

Результаты. Каждый третий опрошенный подросток отмечал, что у него были ситуации, в которых он думал, что самоубийство – это единственный выход (38%). Каждый четвертый подросток считает, что самоубийство избавляет человека от проблем (26%). Треть опрошенных подростков отметили, что они не уверены в своих силах и падают духом из-за неприятностей (32%). Каждый третий опрошенный подросток отметил, что испытывает чувство вины (34%). Большинству опрошенных подростков трудно перестать думать о своих неудачах (60%). Около половины опрошенных подростков чувствуют усталость каждый день (48%).

Больше половины опрошенных ребят отметили, что мрачные мысли их одолевают редко (54%), каждый третий отметил «не одолевают вообще» (32%). Также есть подростки, которые ответили, что мрачные мысли одолевают их почти каждый день (14%).

Большинство опрошенных подростков доверяют своим друзьям (84%). Также многие подростки доверяют маме (44%), каждый пятый доверяет папе (20%), каждый шестой бабушке и дедушке (16%), доверяют любимому человеку 6%. Но также есть ребята, которые не доверяют никому – это каждый десятый опрошенный (10%). Каждый седьмой опрошенный ответил, что его никто не понимает (14%). Каждый третий опрошенный

подросток переживает душевную боль, которую считает сильнее, чем у других (38%) и поэтому чувствует себя одиноко (40%).

Изучив качество сна у опрошенных, было обнаружено, что среди них каждый десятый имеет проблемы с засыпанием каждый день. Однако большая часть опрошенных все же ответили, что со сном у них нет проблем (78%). При этом у каждого пятого опрошенного подростка сон прерывистый и беспокойный (22%) и такая же доля опрошенных отметила, что чувствует беспокойство перед сном каждую ночь (20%).

Почти все опрошенные подростки ответили, что у них есть цель в жизни (92%). Однако, практически каждый десятый отметил обратное (8%). Каждый третий подросток действует необдуманно, повинаясь первому порыву (34%).

Вывод. Каждый 3 школьник отметил, что у него были ситуации, в которых он хотел бы совершить суицид (38%). Но при этом ни у кого из этих подростков не была выявлена депрессия. Однако они отмечали, что не уверены в своих силах, часто испытывают чувство вины и думают о неудачах (32%).

Такие дети не умеют выявлять мрачные и мысли. И у них всего 2 варианта поведения. Первый – **аффективный** – поведение, характеризующееся, прежде всего, действиями, совершаемыми на высоте аффекта. Суицид во время аффекта может носить черты спектакля, но может быть и серьезным намерением, хотя и мимолетным.

И второй – **истинный** – намеренное, обдуманное поведение, направленное на реализацию самоубийства, иногда долго вынашиваемое. Подросток заботится об эффективности действия и отсутствии помех при их совершении. В оставленных записках звучит мотив собственной вины и забота о близких, которые не должны чувствовать причастность к совершенному действию.

Отмечается, что чаще всего подросток готов довериться своему другу, чуть реже маме или папе. Поэтому родителям нужно научиться выстраивать более доверительные и дружеские отношения со своими детьми, научиться слышать и слушать их. Потому что это очень важно и благодаря этому можно избежать печальных исходов.

У большинства опрошенных подростков также были замечены нарушения сна, из-за этого у них появляются мрачные мысли. Во сне восстанавливаются психические ресурсы, обрабатывается информация, полученная за день. Лишняя информация убирается в «дальний угол», важная остается в долговременной памяти, происходит формирование воспоминаний. Но если недосып вызывает негативные изменения, то полноценный ночной отдых является залогом психического здоровья.

Если замечена склонность школьников к самоубийству, следующие рекомендации помогут изменить ситуацию:

1) Внимательно выслушайте решившегося на самоубийство подростка. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.

2) Оцените серьезность, намерений и чувств, глубину эмоционального кризиса ребенка.

3) Внимательно отнеситесь ко всем даже самым незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного.

4) Не бойтесь прямо спросить, не думает ли он или она о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы. Ребенок может почувствовать облегчение после разговора о самоубийстве, но вскоре опять может вернуться к тем же мыслям. Поэтому важно не оставлять его в одиночестве даже после успешного разговора.

5) Поддерживайте его и будьте настойчивы. Человеку в состоянии душевного кризиса нужны строгие и утвердительные указания.

6) Убедите его в том, что он сделал верный шаг, приняв вашу помощь. Осознание вашей компетентности, заинтересованности в его судьбе и готовности помочь дадут ему эмоциональную опору.

7) Следует принять во внимание и другие возможные источники помощи: друзей, семью, врачей, священников, к которым можно обратиться. . [2]

Список литературы

1. Азаров, Ю. Как преодолеть суицид [Текст]: / Ю. Азаров // Родительское собрание. 2004. – №2. – С. 31-41.
2. Киселев, А.Ф. О мерах профилактики суицида среди детей и подростков [Текст]: / А.Ф. Киселев // ОБЖ. – 2004. – №7. – С. 58-63.
3. Смирнова Е. В., «Применение здоровьесберегающих технологии на уроках географии - фактор создания комфортных условий обучающихся». [Текст]: учитель географии МОУ «СОШ №2» г. Исылькуль. (По материалам Интернет)
4. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России: — Санкт-Петербург, ПЕР СЭ, 2008 г.- 368 с.
5. учеб.пособие / под ред. А.Б. Фоминой. - Москва: Педагогическое общество России, 2003. - 128 с.

Интернет – источники:

1. <http://www.russia-on.ru/44171>

2. <https://nsportal.ru/shkola/psikhologiya/library/2022/06/20/krizis-podrostkovogo-vozrasta-psihologicheskaya>
<https://multiurok.ru/blog/iesli-zamiechiena-sklonnost-shkol-nika-k-samoubiistvu-slieduiushchiie-soviety-pomoghut-izmienit-situatsiiu.html>

ТЕРАПИЯ.....6

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Д.З. Панахова – ассистент кафедры факультетской терапии.....	6
МЕЛАТОНИН И РАННЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ Л.Н. Мусаева – ассистент, аспирант	9
ТРЕХКАМЕРНОЕ СЕРДЦЕ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА – КАЗУИСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА В.Г. Петросова. З.М. Чабталова - ассистенты	10
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА С.Д. Исаева - студентка 404 группы педиатрического факультета, А.Т.Бейбалаева, З.М. Саидова - ассистенты кафедры	13
СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ А.А. Юзбекова, студентка 4 курса лечебного факультета, З.М. Кухмазова, студентка 5 курса лечебного факультета	16
ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН, ЕГО РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ В ГОРОДЕ ИРКУТСКЕ Е.А. Манданова, С.О. Чупрова – студенты 309 гр. лечебного факультета.....	22
МЕТАБОЛИЗМ ЛИПИДОВ В ДЕТСКОМ И ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА Д.В. Береснева - студентка I курса группы 111 педиатрического факультета	24
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ А.А. Гордейчук, О.А. Жилко – студентки 1305 группы лечебного факультета	27
АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ «ОКС» НА БАЗЕ ОГБУЗ «ИССМП» ЗА 2022 ГОД А.О. Петрачкова, И.А. Федосеева - студентки 6 курса лечебного факультета	29
БОЛЬ В ГОРЛЕ, КАК МАРКЕР ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ и тактика поведения пациента на амбулаторном этапе И.П. Емельянова, Н.С. Щербакова – студентки 4 курса 22 гр. лечебного факультета	32
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	33
К.А. Боровик – студент 1307 гр. лечебного факультета	33
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ДО И ПОСЛЕ КОВИДНОЙ ИНФЕКЦИИ С.И. Исмаилова, А.К. Джанболатова - студентки 319 гр. лечебного факультета	36
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА У СТУДЕНТОВ Е.Е. Денисова, В.М. Прохоров – студенты 306 гр. педиатрического факультета	37
ЗАВИСИМОСТЬ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ А.В. Кокорев, Д.А. Немчанинова – студенты 515 группы, педиатрического факультета, С. А. Корепин, К. Д. Охотникова – студенты 523 группы, педиатрического факультета	41

ВЛИЯНИЯ ХАРАКТЕРА РЕФЛЮКТАНТА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЭРБ А.Д. Валишина, Д.М. Халилова - студентки л4056 гр. лечебного факультета	42
ОСОБЕННОСТИ ПЕРСИСТЕНЦИИ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА К.О. Матвеева, М.М. Светлова – студентки 527 гр. педиатрического факультета.....	45
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРБЕГОЛИН-ИНДУЦИРОВАННОГО НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО ПОРОКА СЕРДЦА С.Г. Исаева, М.Р. Грипп, И.С. Бабкова, Ю.С. Бусыгина, Д.Д. Золочевская	46
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРФАНА З.М. Саидова, А.Т. Бейбалаева – ассистенты кафедры	49
COVID-19 КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ, ПОСТУПИВШИХ В ОТДЕЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА Н.С. Стрекаева, В.С. Протасова, Р.Т. Нуриева - студентки 4 курса лечебного факультета	53
COVID-19 ПОД МАСКОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Р.Т. Нуриева, В.С. Протасова, Н.С. Стрекаева - студентки 4 курса лечебного факультета .	55
СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ З.М. Абдуллаев – студент 205 гр. стоматологического факультета, .С. Абдуллаева – ассистент кафедры.....	56
ОСТЕОПОРОЗ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Е.А. Корнилова, О.А. Сагадеева - студентки лечебно- профилактического факультета	59
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ З.М. Абдулмеджидова - студентка 343 группы лечебного факультета	60
ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В.С. Невмержицкий – студент 1410 группы лечебного факультета.....	63
РАЗВИТИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ КРОВИ И ДРУГИХ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Н.С. Щербакова, И.П. Емельянова – студентки 4 курса 22 гр. лечебного факультета	65
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В.С. Резвякова – студентка 308 гр. лечебного факультета, Е.Д. Зайцева – студентка 321 гр. лечебного факультета	67
РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ФОРМИРОВАНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В.С. Бровкина, Б.И. Гурбанова - студентки 26 группы лечебного факультета.....	70
СВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ TNF- α И IL-10 У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ А.Р. Пикуза - студентка группы 2406 педиатрического факультета, В.В. Макаревич - ассистентка	71
АНАЛИЗ УРОВНЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ И НАЛИЧИЯ ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА В АНАМНЕЗЕ ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ Д.С. Сидорук , Б.П. Шитик – студентки 1414 группы лечебного факультета	73
КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ	

СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМИ ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СОБЫТИЯМИ И КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ Д.С. Сидорук – студентка 1414 гр. лечебного факультета	76
ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И СЛЕДСТВИЕ ИХ ДЕЙСТВИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ Н.А. Алиева – студентка 3 курса 24 группы лечебного факультета, Р.Г. Бийболатова - студентка 3 курса 3 группы лечебного факультета	78
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА G84A ГЕНА НЕЙРОНАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА С УРОВНЯМИ СУБСТРАТОВ СИСТЕМЫ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА И РИСКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННОГО СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT Л.В. Колоцей – ассистент 1-й кафедры внутренних болезней	81
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ М.М. Островская - студентка 622 гр. лечебного факультета	84
СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Ю.Б.Абдулова - студент 602 гр. лечебного факультета	86
ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ А.В. Янова – студент 622 гр. лечебного факультета.....	89
ОСОБЕННОСТИ КЛИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ А.В. Даутова, Т.И. Зигангирова - студентки 603 гр. и 608 гр. лечебного факультета	91
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ А.А. Маквещян, Д.Д. Муминов, Э.В. Ризванова, М.Р. Ханова, А.А. Муртазин	93
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В САНАТОРИИ «НАГАЛЫК» Б.К. Амшеев, З.И. Ибрагимова – студенты 317 гр. и 312 гр. лечебного факультета	95
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ СИСТЕМА «КАРДИОНЕТ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: «ПОЛЕВЫЕ ИСПЫТАНИЯ» Р.Д. Моргун, О.С. Ракитина, С.Д. Щербинина – студенты II курса лечебного факультета, Н.А. Утева – студент v курса лечебного факультета.....	98
<u>ХИРУРГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ.....</u>	101
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ Р.М. Тутунова, А.З. Шихов - студенты 2 курса 21 группы лечебного факультета.....	101
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛЫ CARPINI У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГНУТЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ С.М. Мирзаханов, З.М. Кухмазова, А.Т. Ханахмедова – студенты 531 группы лечебного факультета.....	102
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДАНБАРА И ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ К.К. Абумуслимов – студент 3 курса 4 группы КИДЗ им. Н.Ф. Филатова, У.Р. Овчинникова – студент 5 курса 82 группы ИКМ им. Н.В. Склифосовского, И.Р. Хусаинов – студент 4 курса 24 группы ИКМ им. Н.В. Склифосовского	104
РАЗРАБОТКА МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО	

СИМУЛЯТОРА ДЛЯ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И ЕЕ СОЗДАНИЕ А.А. Афанасьева - студентка 6 курса педиатрического факультета., Ю.С. Каркошкина.....	106
ВЫПОЛНЕНИЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ Д.О. Галимов., Т.Р. Ибрагимов, Г.И. Вагизова, Я.Г. Мазин - студенты	108
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХВН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Р.Р. Шайдуллина, А.И. Мухамадиева – студентки гр. 2407.....	110
УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА ВИНСЛОВА ОТВЕРСТИЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Э.А. Галлямов, П.В. Кихляров, К.К. Мурватова – 6 курса 48 группы	111
ПРЕИМУЩЕСТВА МАЛОИНВАЗИВНОЙ МЕТОДИКИ В КОРРЕКЦИИ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ Е.И. Левкович – студентка 2516 группы педиатрического факультета.....	113
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛЫ CARPINI У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГНУТЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ С.М. Мирзаханов, З.М. Кухмазова, А.Т. Ханахмедова – студенты 531 группы лечебного факультета.....	116
ЛЕЧЕНИЕ УРГЕНТНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Р.С. Наматулин – студент 6 курса 5 группы лечебного факультета	117
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ М.А. Газиева, З.Ш. Бийарсланова, Ю.М. Агавова - клинические ординаторы	119
ПРОБЛЕМА ВОЗБУЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Р.Р. Гизатуллин – ассистент кафедры неврологии, Ю.Э. Хужина – студентка гр. Л501А, А.С. Сеницина – студентка гр.Л501А	121
Сравнительный анализ герниопластики по Лихтенштейну и «Plug and patch» при прямых паховых грыжах А.В. Калямова, Д.М. Ситдикова - студенты 2412 гр. педиатрического факультета	124
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА А.А. Магомедов – клинический ординатор	125
КИСТОЗНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ А.М. Мустафаева - студентка 3 курса 30 гр. лечебного факультета	128
АПЛАТИЗАЦИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ИЗ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДОСТУПОВ Ф.Р. Патахова - студентка 326 гр. лечебного факультета	131
ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ: ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА А.А. Загидова - студентка 529 группы лечебного факультета	132
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ Р.Х. Гаджиалиева - студентка 528 группы лечебного факультета	133
СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ О.И. Алибулатова - студентка 528 группы лечебного факультета	134
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗОЛИРОВАННОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ	

И СИМУЛЬТАННОЙ ГЕРНИОАБДОМИНОПЛАСТИКИ А.С. Шорнина – аспирант, М.В. Тимербулатов	135
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ СТЕНОК КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И.Р. Хусаинов – студент 4 курса 24 группы ИКМ им. Н.В. Склифосовского, У.Р. Овчинникова – студент 5 курса 82 группы ИКМ им. Н.В. Склифосовского, К.К. Абумуслимов – студент 3 курса 4 группы КИДЗ им. Н.Ф. Филатова	136
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ А.В. Байрашевская - студент	139
ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КРУПНОЙ ЛЕЙОМИОМЫ ПИЩЕВОДА: ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ Л.А. Велизаде - студентка 6 курса медицинского института.....	142
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВОБОДНЫХ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ С ЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ ЛОПАТКИ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ИЗЪЯНА ТЕЛА И ПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ Д.З. Таибова - студентка 407 гр. лечебного факультета	143
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ Г.М. Алибегов - студент 119 групп лечебного факультета	145
<u>СТОМАТОЛОГИЯ</u>	150
К ВОПРОСУ О РОЛИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА В РАЗВИТИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ А.С. Гаджиева - студентка 532 гр. лечебного факультета, У.М. Солтанов - студент 435 гр. лечебного факультета, Р.Т. Кафаров - ассистент, З.М. Кухмазова - студентка 531 гр. лечебного факультета	150
ВИДЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ОСОБЕННОСТИ И НЕДОСТАТКИ А.Ю. Дондоков, В.Д. Нестеров – операторы научной роты	151
АНТИГАЛИТОЗНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЦВЕТА ЗУБОВ К.А. Байрамов – асс., М.А. Султанова - асс., к.м.н.	153
ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЭМАЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЕЛЯ НА ОСНОВЕ 30% КОНЦЕНТРАЦИИ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА П.М. Гайдарова - студентка 505 гр. стом. факультета, М.А. Султанова – асс., к.м.н.	155
ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРООРОШЕНИЙ ДЕСЕН СЕРОВОДОРОДНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ САНАТОРИЯ «ТАЛГИ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета, М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой, К.А. Байрамов – аспирант	156
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАСТОЙКИ КАЛГАНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА П.М. Гайдарова - студентка 505 гр. стом. факультета, М.А. Султанова – асс., к.м.н., Т.Т. Османова – асс., к.м.н.	158
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА, И ЗНАЧЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ ИХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ А.Ф. Алимйрзоев – молодой ученый, Л.Г. Гасанова, Ф.А. Алимйрзоев, А.Н. Чудинов	160
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	

В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН С ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ П.М. Гайдарова - студентка 505 гр. стом. факультета, М.А. Султанова - асс., к.м.н., С.М. Исаева - асс., к.м.н.	163
МОДИФИЦИРОВАННОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВНУТРИПУЛЬПАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ М.М. Магомедова - студентка 407 группы стом. факультета, Ю. Н. Кажлаев - доцент	165
ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ Т.Ф. Алимирзоева – студентка 414гр. стоматологического факультета.....	166
УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЕ ЭЛЕКТРОДНОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЦИФРОВОГО ПУЛЬПОТЭСТЕРА М.М. Магомедова - студентка 407 группы стом. факультета, Ю. Н. Кажлаев - доцент	168
ПОРАЖАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ ПРИ АЛИМЕНТАРНО - ДЕТЕРМИНИРОВАННОМ ГИПЕРМИКРОЭЛЕМЕНТОЗЕ ЦИНКА М.М. Магомедова - студентка 407 группы стом. факультета, Ю. Н. Кажлаев - доцент	170
ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИОСЕПСИСА УСТРАНЕНИЕМ НЕОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ОЧАГА М.М. Магомедова1 - студентка 407 группы стом. факультета, Ю. Н. Кажлаев1 – доцент, Н.А. Горячев2 - доцент	172
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА М.М. Магомедова - студентка 407 группы стом. факультета, Ю. Н. Кажлаев - доцент.....	176
СПОСОБ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЭРИЛЕНД-МОСТА ПРИ КОНВЕРГЕНЦИЯХ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ М.М. Магомедова - студентка 407 группы стом. факультета, Ю. Н. Кажлаев - доцент.....	179
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕЦИЗИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ПАРОДОНТОЛОГИИ Л.С. Катханова - врач-стоматолог	182
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ Г. МАХАЧКАЛЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ «COVID-19» Т.Ф. Алимирзоева – студентка 414гр. стоматологического факультета	184
СТРАХ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОД НАРКОЗОМ А. Н. Скиба - студентка 4 курса стоматологического факультета, В.А. Журбенко, ассистент кафедры	186
ВЫЯВИТЬ ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ	189
О.А. Успенская - зав. кафедрой терапевтической стоматологии, И.К. Лялина - доцент кафедры биохимии им. Г. Я. Городисской, П.А. Полюшков – студент 561 гр. стоматологического факультета.....	189
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА А.А. Гарифуллина – студентка Ст-401В группы стоматологического факультета	191
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ИНЪЕЦИРОВАНИЯ БОТУЛИНОТОКСИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ Ш.З. Магомедова - студентка 403 гр. стоматологического факультета.....	194
ПОКАЗАТЕЛИ СИАЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ СИАЛАДЕНОЗОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ А.М. Тагирова – ассистент, Х.А. Ордашев - доцент	197
СОСТОЯНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	

Д.М. Османова, А.М. Тагирова – ассистенты, Х.А. Ордашев - доцент	199
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Л.Х. Ордашева - студентка 5 курса стоматологического факультета, Х.А. Ордашев - доцент	201
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ И НЕСТИМУЛИРОВАННОЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ М.К. Абдухалилов – студент 405 группы стоматологического факультета ДГМУ	203
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета, ...	207
ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета, М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой	210
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У БОЛЬНЫХ ГЛОССАЛГИЕЙ М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета, М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой	212
НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГУБ М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета, М.Н. Меджидов – заведующий кафедрой	214
ДЕОНТОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Л.Х. Ордашева - студентка 5-го курса стоматологического факультета	216
<u>ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ.....</u>	218
БОЛЕЗНЬ МОЯ-МОЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ П.З. Ибрагимова - клинический ординатор, З.М. Рамазанова – ассистент	218
ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	221
З. Н. Алчагирова – клинический ординатор, З.М. Рамазанова – ассистент	221
ГАЛАКТОЗЕМИЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ З.М.Зулкиплиева - клинический ординатор, З.М. Рамазанова - ассистент	225
ГИГАНТСКАЯ КРАПИВНИЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ З.Ш. Сайтамалова - клинический ординатор	229
ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ МЛАДЕНЦЕВ А.В. Калямова, Д.М. Ситдикова - студенты 2412 гр. педиатрического факультета.....	232
САРКОПЕНИЯ – МАЛОИЗУЧЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ А.Е. Кари – студентка 405 группы педиатрического факультета.....	234
СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – ПЕДИАТРА Н.А. Дарибаева, Г.О. Гайсина, В. А. Павлова – студенты П-504Б группы педиатрического факультета ...	235
ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ Э.Р. Гиззатуллин, А.Р. Мухаметгалимова – студенты 517 гр. лечебного факультета.....	238
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНОЧНОЙ ШКАЛЫ pSOFA ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СЕПСИСА И ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ Е.С. Гладких, А.В. Мартынюк - клинические ординаторы 2 года	

обучения.....	240
ГЛИСТНЫЕ ИНВАЗИИ И COVID-19: ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА А. И. Зарипова, М.В. Куклихина - студентки группы 2303 педиатрического факультета	242
ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, Казань, Россия	242
ВЛИЯЮТ ЛИ ИНФУЗИИ ПРЕПАРАТОВ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ И СУНКЦИНАТОВ НА РАЗВИТИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ? А.В. Мартынюк, Е.С. Гладких - клинические ординаторы 2 года обучения.....	243
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 Р.Р. Набиева, Е.И. Морозова – студенты гр. 2406 и гр. 2409 педиатрического факультета	245
КОМПЛАЕНТНОСТЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В.С. Невмержицкий, А.А. Шило – студенты 1410 группы лечебного факультета	247
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИЕМА КИСЛОТОСУПРЕССИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА А.М. Ниматулаев, А.Ш. Абубакаров, Ё.С. Курбанова - студенты 6 курса педиатрического факультета	250
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ: ОБЩИЙ ВАРИАБЕЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ДЕФИЦИТ. АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ДЕФИЦИТ АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ 2 (МУТАЦИЯ С.752ОТ В ГЕНЕ АОА2 (СЕСК1) З.А. Алискандиева – к.м.н., доцент; А.Л. Магомедова- клинический ординатор	251
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНГИБИТОРА ЯНУС-КИНАЗ УПАДАЦИТИНИБА У ПАЦИЕНТОВ С ЮНОШЕСКИМ АРТРИТОМ М.А. Румянцев - студент 01-85 группы, лечебное дело, персонализированная медицина, И.А. Криулин, Е.А. Крехова, Т.Ю. Криулина - ассистенты кафедры	254
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ПРИВИВКАМ ДЕТЯМ СРЕДИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ Т.В. Фисунова, Е.В. Черняева - студентки.....	255
СВЯЗЬ ГИПОАЛЬБУМИНЕМИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АЗОТИСТОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ОТЁКОВ В ДЕБЮТЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ К.С. Букатов, А.А. Володина, А.С. Нечаева -студенты 6 курса педиатрического факультета.....	258
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЯ МИОКАРДА У КРАЙНЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ Е.Н. Тягушева - студентка 301 гр. специальности педиатрия.....	260
ОЦЕНКА АППЕТИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ВОЗМОЖНЫ ЛИ НОВЫЕ ПОДХОДЫ? Л.А. Фирсова - студентка 502 группы педиатрического факультета	261
<u>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ.....</u>	264
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ П.А. Меджидова - студентка 6 курса 9 группы педиатрического факультета	264
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКУРТА ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК П.А. Меджидова - студентка 6 курса 9 группы педиатрического факультета	264
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ А.Б. Бургуева - студентка 5 курса 12 группы педиатрического факультета	265

ПАТОЛОГИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ А.В. Калямова, А.Р. Мухамадиярова - студенты 2412 и 2402 гр. педиатрического факультета	266
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Э.Б. Вагабова - студентка 511 гр. педиатрического факультета	268
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ.....	270
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВИЗКЬЮ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ Г.А. Эльдарова – врач - офтальмолог, молодой ученый	270
АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Р.Ш. Курбанова– студентка 442 группы лечебного факультета, А.О. Османова – студентка 208 группы педиатрического факультета	272
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ Е.А, Богомоллова – студентка П504А группы, педиатрического факультета.....	276
СНАТГРТ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ А.М. Мугизов, А.В. Усачев - студенты 502 гр. лечебного факультета.....	278
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	280
ВИТАМИН Д И ИМПЛАНТАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ С.Р. Ахмедова, Н.С.- М.Омаров, С.М. Гаджимурадова	280
ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА С. А. Магомединова, Д.Р. Рустамова, А. М. Ахмедова - студенты.....	282
ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В МЕНОПАУЗЕ Р.Р. Саидова - студентка 521гр. лечебного факультета Э.Б. Вагабова, А.К. Гаджиева - студентки 511 гр. педиатрического факультета.....	284
ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАННИМ И ПОЗДНИМ ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Н.В. Батрак – доцент, А.С. Ткаченко – студентка 5 курса 7 группы лечебного факультета	286
ПРЕИМУЩЕСТВА СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ П. Ю. Федорова, А. А. Романова – студентки 513 гр. лечебного факультета	288
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕНОСА КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ В ПОЛОСТЬ МАТКИ ПРИ АНАЛИЗЕ ПРОГЕСТЕРОНА КРОВИ А.В. Прозорова - студентка группы 1805 лечебного факультета	291
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАЗВИТИИ ЭНДОМЕТРИОЗА А.Р. Ишбулатова, Е.Г. Рахимкулова, Н.М. Гимранова - студентки Л414 группы лечебного факультета	293
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКОГО РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕПЛОВИЗИОМЕТРИИ С.В. Дутова - студентка 4 курса лечебного факультета ЧГМА	296
ПРОБЛЕМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПО РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ Т.И. Дударова - студентка 4 курса 409 группы медицинского факультета ИнГУ Т.Х.	

Албогачиев - студент 2 курса МЛ-220 группы медицинского факультета РУДН Л.Ю.	
Хантыгова - студентка 4 курса 409 группы медицинского факультета ИнГУ	298
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ А.И. Кодзоева, И.М. Могушкова - студентки 401 и 409 гр. лечебного факультета ИнГУ, Т.Х. Албогачиев - студент 2 курса МЛ-220 группы медицинского факультета РУДН	301
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В.С. Иванов, К.И. Обернихин - студенты лечебного и педиатрического факультетов	304
ОЦЕНКА ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ Н.В. Петелина – ординатор 1-го года обучения.....	305
РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ТАБАКОКУРЕНИЕ И ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) В.С. Иванов - студент 205 гр. лечебного факультета, К.И. Обернихин - студент 605 гр. педиатрического факультета, В.В. Стрельцова - студентка 507 гр. педиатрического факультета.....	308
ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ Е.В. Черняева, Т.В. Фисунова - студентки	310
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РАЗВИТИЕ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СОСТОЯНИЯ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ТОКСИКОЗА Ю.Д. Ошкокова, О.В. Плетникова – студенты группы ОЛД-302.....	313
РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ЛИЦ ПЕРВОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2023 ГОД А.Х. Исламгулов, Д.Р. Хабириянова, М.Р. Ханова, А.А. Маквещян, Л.Д. Поленок – студенты педиатрического факультета	315
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЛАКСАЦИИ ВЛАГАЛИЩА КВАДРИПОЛЯРНЫМИ ДИНАМИЧЕСКИМИ РАДИОЧАСТОТАМИ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ А.Е. Балясная = студентка 5 курса педиатрического факультета, А.Р. Гаврилова - студентка 5 курса лечебного факультета.....	317
СТРАТЕГИЯ УСПЕШНОЙ ТАКТИКИ ВВЕДЕНИЯ СУРФАКТАНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС СИНДРОМА П.М. Мелихова - студентка 2 курса 2 группы лечебного факультета	318
АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ COVID-19 Р.Р. Якупов, А.К. Ахметшина - студенты 501 и 502 гр. лечебного факультета.....	321
<u>НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ И ПСИХИАТРИЯ</u>	323
УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ А.Г. Гаджиева - студентка группы П-О-19/2, специальность педиатрия, Э. С. Шабанова, А. А. Козин - студенты ЛД-18/15 и ЛД-17/6, специальность лечебное дело.....	323
СРАВНЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА А.Г. Гаджиева, А.С. Дергачева - студентки группы П-О-19/2 и П-О-19/1, специальность педиатрия, Э. С. Шабанова - студентка группы ЛД-18/15 , специальность лечебное дело	324
ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИЯ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СТВОЛА МОЗГА И СПИННОГО МОЗГА И С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ ЛАКТАТА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН М.Ю. Темнов – студент Л-401Б гр. лечебного факультета	326
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО СРЕДИ	

ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ А.В. Анацко, В.Н. Крыжевникова – студенты 2310 гр. педиатрического факультета	328
ВЗАИМОСВЯЗЬ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ Л.А. Хусаинова - студентка 5 курса группы Л-503 В лечебного факультета	330
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ПОСЛЕДСТВИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ А.А. Маквецяи, Л.Д. Поленок, И.С. Санников	331
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ СИНДРОМА MELAS. ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ Д.А. Кутова – студентка Л-405Б гр. лечебного факультета	334
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФЕНОМЕНА МНОЖЕСТВЕННЫХ (ЭПИЧЕСКИХ) СНОВИДЕНИЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ М.А. Румянцев, студент 01-85 группы, лечебное дело, персонализированная медицина, А.А. Ежова, студент 02-01 группы, педиатрия	337
ШИЗОФРЕНИЯ ПЕРИОДА АДОЛЕСЦЕНЦИИ Т.Т. Номовир, Ш.М. Муртузалиев., Е.Е. Семеняко, А.Р. Нурмеева, К.В.Моисеев.....	339
<u>ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....</u>	341
ИММУНОУПРАВЛЯЕМЫЕ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН С.Д. Исаева – студентка 404 группы педиатрического факультета, Г.М. Ашиков – студент 626 группы лечебного факультета.....	341
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ–ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН В ПЕРИОД С 2017 ПО 2022 ГОДЫ А.Д. Ольмесова, З.З. Ибрагимова - студенты 501 группы лечебного факультета	342
КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ А.М. Ахмедова, Р.Р. Саидова – студентки 521 группы лечебного факультета.....	344
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН Ш.С. Довудов - студент 321 группы, А.С. Гаджиева - студентка 532 группы, И.Т. Маликов - студент 309 группы лечебного факультета.....	346
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ COVID-19 З.М. Кухмазова, А.С. Гаджиева – студентки 5 курса лечебного факультета, Ш.С. Довудов - студент 3 курса лечебного факультета	348
КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС: КАЗУИСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕШЕНСТВА НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН А.С. Гаджиева - студентка 532 гр. лечебного факультета, У.М. Солтанов - студент 435 гр. лечебного факультета, З.М. Кухмазова - студентка 531 гр. лечебного факультета	350
К ВОПРОСУ ОБ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКЕ ХЛАМИДИЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ Н. К. Иминова - студентка 311 группы лечебного факультета	352
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В.В. Семашкова – студентка Л-504В гр. лечебного факультета, Е.Н. Олина – студентка Л-504Б гр. лечебного факультета, Ш.А. Фахриев – студент Л-504Б гр. лечебного факультета, И.И. Самрханова – студентка Л-503А гр. лечебного факультета, А.А. Салихова – студентка Л-503А гр.	

лечебного факультета.....	353
О РОЛИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Д.К. Нурмагомедова - врач-ординатор, А.О. Саидова - студентка 3 курса педиатрического факультета	356
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Л.А. Нарожная – ординатор 2 года обучения.....	357
НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ АНТИМИКРОБНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ПРИБРЕТЕННОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ М.А. Алиева - студент 3 курса 10 группы педиатрического факультета.....	364
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭНТЕРОВИРУСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ МИГРАНТОВ М.А. Блохинова – студент 502 гр. медико- профилактического факультета	366
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С К.К. Перминова, А.Р. Торопова – студенты 503 группы, лечебного факультета.....	368
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕКОТОРЫХ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ РАСТЕНИЙ ДАГЕСТАНА НА ТЕСТ-БАКТЕРИИ (S. AUREUS 209 ШТАММ И E. COLI) З.Р. Атаханова - студентка 2 курса 2 группы лечебного факультета	370
IL-17-ОПОСРЕДОВАННЫЙ ОСТЕОКЛАСТОГЕНЕЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА. ИММУНОТЕРАПИЯ IN SILICO К.И. Гончарик – студент 7209 гр. стоматологического факультета.....	372
ВЛИЯНИЕ НАНОКОМПОЗИТОВ СЕРЕБРА НА ОСНОВЕ ГУМИНОВЫХ ВЕЩЕСТВ НА БАКТЕРИИ С РАЗНЫМ СТРОЕНИЕМ КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ Д.М. Шункова - студент группы 4806 медико-биологического факультета.....	375
НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Т.А. Фрайфельд – ординатор	377
РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ У ПЕРСОНАЛА ИНФЕКЦИОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ (НА ПРИМЕРЕ COVID-19) И.А. Егоров – младший научный сотрудник	379
<u>ФТИЗИАТРИЯ.....</u>	<u>383</u>
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Е.В. Максеменюк - студентка 6 курса лечебного факультета	383
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТАТОЧНЫХ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ 20 ЛЕТ НАЗАД И В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ А.А. Афанасьева - студентка 6 курса	384
ЗНАЧЕНИЕ КОНВЕРСИИ ПРОБЫ ДИАСКИНТЕСТ У ДЕТЕЙ Г.Э. Каримий - студентка 6 курса педиатрического факультета	386
<u>ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ</u>	<u>388</u>
ОБУЧЕНИЕ МАНУАЛЬНЫМ НАВЫКАМ ОРДИНАТОРОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИМУЛЯЦИОННОЕ ТЕХНОЛОГИЙ Е.А. Белова ¹ - студентка 501 группы лечебного факультета, А.В. Брехов ² - студент БИЭ21-01	388
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ АНАЛИЗА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И.И. Самрханова, А.А. Салихова –	

студентки Л-503А гр. лечебного факультета, Е.Н. Олина, В.В. Семашкова, Ш.А. Фахриев – студентка Л-504Б гр. лечебного факультета	390
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ А.Р. Махмудов - студент 506 гр. педиатрического факультета	393
АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ Г.К. Кулдашева – студент 525 группы педиатрического факультета.....	394
ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА ФУНКЦИОНАЛЬНО-КОРРИГИРУЮЩИМ КОРСЕТОМ ПО ТИПУ ШЕНО А.М. Магарамов – ассистент кафедры, Л.А. Атаева – студентка 611 группы лечебного факультета, К.А. Исмаилова – студентка 530 группы лечебного факультета.....	395
<u>ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ</u>	<u>399</u>
РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК НЕРЕШЕННАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА П.А. Муслимова	399
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАТОНОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТА Н.К. Иминова – студентка 311 гр. лечебного факультета	400
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛОР-ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВАНИИ НАЗАЛЬНОГО ОПРОСНИКА И ОЛЬФАКТОМЕТРИИ К.Л. Сейдалиева - студентка 440 группы лечебного факультета.....	401
ДАННЫЕ ПИКОВОГО НАЗАЛЬНОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И БРОХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Е.В. Жебрак - студентка 551 группы лечебного факультета	403
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ П.А. Ольсевич – студент 2319 гр. педиатрического факультета	404
<u>ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ</u>	<u>408</u>
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПОДТИПОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК МЕТОД ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Г.А. Мурачуев – студент 5 курса педиатрического факультета.....	408
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТИПА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЧАСТОТЕ РЕЦИДИВА ПРИ ОРГАНОУНОСЯЩЕМ ЛЕЧЕНИИ ПО ДАННЫМ КАНЦЕР-РЕГИСТРА Д.И. Беляева – студентка 20 гр. лечебного факультета	410
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УМЕРЕННОГО ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛОКАЛЬНЫХ СТАДИЙ А.Д. Резниченко, Д.В. Коломыцева – ординаторы, А.В. Важенин –заведующий кафедрой.....	412
<u>ДЕМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ</u>	<u>415</u>
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АКНЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ В.А Миненок – студентка 3 гр. лечебного факультета	415
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИДЛИНГА В СОЧЕТАНИИ С УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОГО ВИТИЛИГО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ М. Лекайон -	

аспирант	416
<u>УРОЛОГИЯ</u>	<u>418</u>
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАМИНИПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ СО СТАНДАРТНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИЕЙ М.М. Саидхаджиев - студент 525 группы лечебного факультета	418
МУЛЬТИДОСТУПНАЯ МИНИПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ ПРИ КРУПНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК А.А. Ибрагимов - студент 614 группы лечебного факультета	420
<u>ЭНДОКРИНОЛОГИЯ</u>	<u>422</u>
ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ БЕЛАРУСИ	422
П.И. Крупенков – студент 2314 гр. педиатрического факультета, А.А. Савицкий – студент 2310 гр. педиатрического факультета	422
<u>ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАЦИЯ</u>	<u>424</u>
ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ СО СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С.М. Мирзаханов – студент 5 курса лечебного факультета	424
ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ М.М. Меджидов - студент 301 группы стоматологического факультета	425
ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА М.М. Меджидов - студент 301 группы стоматологического факультета ..	428
ФАРМАКОТЕРАПИЯ АУТИЗМА В.Н. Крыжевникова, А.В. Анацко – студенты 2310 гр. педиатрического факультета	430
РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ДЕРИВАТИЗАЦИИ МОНОСАХАРИДОВ С ПОМОЩЬЮ ЭТИЛОВОГО ЭФИРА 4-АМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ Е.А. Горобец - студент, лаборант-исследователь	432
WHAT IS THE EFFECT OF VITAMINS ON THE DEVELOPMENT OF CANCER? Kunakkulova Z.T., Karabaeva S.A. (students).....	434
ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ ГИПОКСИИ И ВИТАМИНА Е И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА ОБЪЁМ И КОНЦЕНТРАЦИЮ ВНИМАНИЯ К.Н. Мирзабекова - студентка 339 гр. лечебного факультета.....	437
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДОРСОПАТИИ ПОЯСНИЧНОГО И ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛОВ Х.О. Османова - студентка 320 гр. лечебного факультета, О.А. Османов - врач невролог, мануальный терапевт, Э.С. Рустамова - студентка 320 гр. лечебного факультета	439
ПЛОДЫ РЯБИНЫ ЧЕРНОПЛОДНОЙ КАК ПОЛИВИТАМИННЫЕ СРЕДСТВА В ПЕДИАТРИИ М.А. Ибрагимов – студент 203 гр. педиатрического факультета	440
ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ АЛИМЕНТАРНОЙ И СТЕРОИДНОЙ НАГРУЗКИ НА ФОНЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НОВЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АЛЬФА - ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА	444

Е.С. Кетова ¹ – молодой ученый, А.В. Мязина ² – к.м.н., ассистент кафедры нормальной анатомии	444
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ М.М. Даудова, М.Б. Гасанова - студентки 303 гр. лечебного факультета	447
ИССЛЕДОВАНИЕ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ КОНДЕНСИРОВАННЫХ 3- АМИНОТИЕНО[2,3-В]ПИРИДИНОВ И 1,4-ДИГИДРОПИРИДИНОВ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ С БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ В ТЕСТЕ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ БОЛИ	448
И.В. Бибик – ассистент кафедры хирургической стоматологии ¹ , М.И. Кулиев – студент 20Агр. стоматологического факультета ¹ , С.Г. Кривоколыско – заведующий НИЛ «ХимЭКС» ^{1,2}	449
ПОИСК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ МИШЕНЕЙ ПРОИЗВОДНЫХ ТИЕТАНИЛПИРАЗОЛА МЕТОДОМ МОЛЕКУЛЯРНОГО ДОКИНГА А.Р. Муллагалямова, А.Э. Позднякова – студентки 301Б гр. фармацевтического факультета	451
РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИКОЗОВ КОЖИ А.М. Мустафаева - студентка 1 группы 3 курса педиатрического факультета	454
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОГО ВЛИЯНИЯ НОВЫХ АНАЛОГОВ ТЕМОЗОЛОМИДА НА ДНК КЛЕТОЧНОЙ КУЛЬТУРЫ VERO А.Х. Хумаири – аспирант, преподаватель.....	456
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АЛФЛУТОПА И МЕЛОКСИКАМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ А.Г. Чопалаева - студентка 3 курса педиатрического факультета	459
СЛУЧАЙ ПОЛИПРАГМАЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Н.В. Резчиков, С.В.Мучкин – студент 333 гр. лечебного факультета.....	461
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С.О. Абдуллаев - студент 315 гр. стоматологического факультета.....	463
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КАЛИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА МЕТОДОМ ИЗМЕРЕНИЯ АКТИВНОСТИ РАДИОИЗОТОПА К-40 Д.М. Делавери – студент гр. 1204 2 курса лечебного факультета	465
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ СРЕДСТВ КОММУНИКАЦИИ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ М.И. Шлапак - студент 2010(1) Л1 группы 1-го медицинского факультета	466
<u>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.....</u>	469
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА А.С. Салаватова, Д.Г. Магомедалиева – студентки 205 группы лечебного факультета	469
ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ Р.А. Давдиев – студент 13 гр. 2 курса лечебного факультета.....	473
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МИКРОКЛИМАТА РАБОЧЕЙ ЗОНЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА А.А. Набиева ¹ , А.Б. Афлятунова ¹ – студентки 101А гр. лечебного факультета.....	474
ОЦЕНКА МНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП И РЕЛИГИОЗНЫХ	

КОНФЕССИЙ О ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ В.Е. Николаенко - студентка 4 гр. лечебного факультета	477
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ Р.А. Юшаева, М.Г. Гусейнова - студенты 345 группы лечебного факультета.....	479
МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Е.О. Кравченко - студент 1 гр. 2 курса лечебного факультета.....	483
СНАТГРТ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ А.М. Мугизов, А.В. Усачев - студенты 502 гр. лечебного факультета.....	484
<u>БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....</u>	487
<u>ОБЩАЯ ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА.....</u>	487
ДИАГНОСТИКА РИСКА ДЕВИАНТНОГО ПОТЕНЦИАЛА В РД З.М. Асадулаева – студентка 4 курса лечебного факультета.....	487
ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С УЧЕТОМ НОВЫХ ПОПРАВК В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ О ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ Р.Т. Раджабов - студент 3 курса 8 группы лечебного факультета	489
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ОТРАВЛЕНИЯ ФЕНОЛОМ И ОТХОДАМИ НЕФТЕПЕРЕРАБОТКИ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. УФЫ Л.А. Хусаинова – студентка 5 курса группы Л-503 В лечебного факультета, А.Р. Халилова – студентка 4 курса Высшей школы живых систем	493
ВЕГЕТАРИАНСТВО ЗА/ПРОТИВ А.А. Алиева - студентка 109 гр. педиатрического факультета	496
РОЛЬ ПЕРФУЗИИ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ, РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ИНСУЛИНУ, КОНЦЕНТРАЦИИ ПОСТУПЛЕНИЯ ПИЩЕВОГО НАТРИЯ НА ФУНКЦИЮ СЕРДЦА ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ВЕСЕ М.Р. Савченко, А.Х. Исламгулов, И.С. Санников, Д.Д. Муминов, Э.В. Ризванова – студенты педиатрического факультета	498
ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ РАССТРОЙСТВА СНА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИИ А.С. Баданова – студентка 317 гр. лечебного факультета, Ю.Л. Очирова – студентка 315 гр. лечебного факультета	500
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕПЛОЭЛЕКТРОЦЕНТРАЛИ-10 НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ Н.В. Боровикова, П.А. Швецова - студенты.....	503
БЛИЗОРУКОСТЬ, ПРИЧИНЫ, ПРОФИЛАКТИКА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КУБГМУ Е. В. Черняева - студентка	505
ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ И ФУНКЦИИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ ВО ВРЕМЯ 12- НЕДЕЛЬНОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ЦЕЛЬНОЗЕРНОВОЙ И РАФИНИРОВАННОЙ ПШЕНИЦЕЙ Д.Р. Хабириянова, А.Х. Исламгулов, М.Р. Ханова, А.А. Маквецян, Л.Д. Поленок – студенты педиатрического факультета	507
ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, РЕЖИМА СНА И УРОВНЯ СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ Х. А. Мугутдинова – студентка 3 курса 15 группы лечебного факультета М.Г. Расулова – студентка 3 курса 15 группы лечебного факультета.....	508
PREVENTION OF MYOCARDIAL INFARCTION A.I. Kamalova, L.V. Alekseeva - students 201a group of the Faculty of Medicine	511

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА С УЧЁТОМ ВОЗРАСТА Д.А.Лучков - студент 205(2) Л2 группы 2-го медицинского факультета	513
РОЛЬ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ А.В. Анацко, В.Н. Крыжевникова – студенты 2310 гр. педиатрического факультета	515
КАЧЕСТВО ВОДЫ В РЕКЕ ГАМРИОЗЕНЬ Н.Н. Исаева - студентка 1 курса 11 группы педиатрического факультета.....	516
ФАКТОРЫ РИСКА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ЗАКИСИ АЗОТА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ М.А. Румянцев, студент 01-85 группы, лечебное дело, персонализированная медицина, С.Р. Бурцева, студент 02-01 группы, педиатрия, Е.В. Локшина, студент 02-04 группы, педиатрия, А.А. Ежова, студент 02-01 группы, педиатрия.....	518
ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА С.С. Султанова - студентка 1 курса лечебного факультета	519
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ К СОБЛЮДЕНИЮ ФИЗИЧЕСКИХ МЕР БЕЗОПАСНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ Д.С. Спирин - студент 4 курса группы №2 факультета СПО и бакалавриата	521
ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ПОДРОСТКОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В КОНТЕКСТЕ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ С.В. Журавлев - студент 4 курса группы №2 факультета СПО и бакалавриата	523
ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ А.А. Муртазин, Д.Д. Муминов, Э.В. Ризванова	525
ТРЕВОГА О ЗДОРОВЬЕ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА И.М. Шишкова - кандидат психологических наук, доцент	527
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К АЛКОГОЛЮ С.В. Дутова ¹ - студентка 4 курса лечебного факультета, Е.Р. Погодаева ² - ученица	529
<u>НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ.....</u>	<u>532</u>
<u>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ.....</u>	<u>532</u>
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Ч.О. Таимова – студентка 203 группы лечебного факультета	532
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕ А.А. Юзбекова - студентка 4 курса лечебного факультета	534
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЕСТА САН У ДЕВУШЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ОВАРИАЛЬНО– МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА А.В. Лаврентьева, Д.С. Ильюшенко - студенты 311 гр. лечебного факультета	538
ТЕМПЕРАМЕНТ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ В.В. Ванюков – студент 3 курса лечебного факультета	541
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ЭМБОЛИИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ М.В. Лашук – студентка 2320 гр. педиатрического факультета.....	544

ПАТОГЕНЕЗ СЕНСОРНОЙ И КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ ИНФЕКЦИИ SARS-CoV-2 Е.С. Грибок – студент гр. 1314 лечебного факультета, А.В. Борисевич – студент гр. 1331 лечебного факультета	546
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 Е.В. Лебецкая, Е.С. Букина – студенты 1434 гр. лечебного факультета	549
ВОЗМОЖНОСТЬ ГАПЛОИДЕНТИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ А.С. Пунинская – студентка группы 2304 педиатрического факультета.....	552
<u>ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</u>	554
ИТОГИ ИНТРОДУКЦИИ GLYCINE MAX В КУМТОРКАЛИНСКОМ РАЙОНЕ (НОВОСТРОЙ, НОВОЛАКСКИЙ РАЙОН) ДАГЕСТАНА ЗА 2021 ГОД К.Н. Мирзабекова - студентка третьего курса лечебного факультета	554
ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ БИФИДОБАКТЕРИЙ КИСЛОМОЛОЧНЫХ НАПИТКОВ Е.Е. Корнеева – студент 242 гр. педиатрического факультета	556
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ В ВОПРОСАХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ КОРРУПЦИОННЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ А.А. Серегин – студент 2 группы 2 курса медико-профилактический факультет.....	558
АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЖИЗНЕННЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРИЕНТИРОВ ОБУЧАЮЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ П.И. Горина – студентка 2116 группы института клинической медицины.....	560
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ К ПРЕПОДАВАНИЮ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА Е.А. Ткачева	563
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ УСТАНОВКИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА З.С. Разиков – студент 589 гр. факультета клинической психологии.....	566
КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПРОВИЗОРОВ С.Г. Курбатова – студент Ф1902 гр. института фармации.....	568
НАУЧНЫЙ ВКЛАД ЛЕОНАРДО ДА ВИНЧИ В ЭПОХУ ВОЗРОЖДЕНИЯ Ш.И. Шамилова, З.Р. Мустафаева - студентки 15 и 16 группы 2 курса педиатрического факультета	570
КАНТОВСКАЯ ЭСТЕТИКА: ПОНИМАНИЕ КРАСОТЫ И ИСКУССТВА М.Р. Телекавов - студент 203 гр. педиатрического факультета	573
К ВОПРОСУ ОБ УГЛАХ ОТХОЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ И ИХ ВЕТВЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Е.И. Левкович – студентка 2516 гр. педиатрического факультета.....	575
ПИРОГОВСКИЕ ЧТЕНИЯ-ДАНЬ ПАМЯТИ ВЕЛИКОМУ ХИРУРГУ М.Р. Магдиева, студентка 1 курса 2 группы стоматологического факультета, А.А. Гасанова - студентка 2 курса 11 группы стоматологического факультета	577
МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. СЛИЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА А.В. Караваева - студентка 4 курс, группа 19-03 педиатрического факультета	581
ИЗУЧЕНИЕ АРАБО-МУСУЛЬМАНСКОЙ ФИЛОСОФИИ В.Р. Бейбутова, У.К. Ибрагимова - студентки 9 группы педиатрического факультета.....	585
ПРОБЛЕМА БЫТИЯ В ФИЛОСОФИИ А.А.Абдуллаев - студент 2 курса 1гр	

педиатрического факультета.....	587
ФИЛОСОФИЯ ПОЗНАНИЯ А.А. Магомедова - студентка 218 группы педиатрического факультета	590
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. ПРОБЛЕМЫ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ М.М. Абдулаева – студентка 2 курса 4 группы педиатрического факультета	592
АКТУАЛЬНОСТЬ УЧЕНИЙ МАРКСИЗМА О РАЗВИТИИ ОБЩЕСТВА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ Х.М. Курбанова – студентка 218 гр. педиатрического факультета	595
ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И БОЛЬНОГО А.И. Гусейнова – студентка 202 гр. педиатрического факультета, ...	598
М.М. Сапарчаева – студентка 201 гр. педиатрического факультета	598
АГНОСТИЦИЗМ: ВЕРА В НЕЗНАНИЕ Р.А. Давдиев – студент 13 гр 2 курса лечебного факультета	599
АКСИОЛОГИЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ ЦННОСТЕЙ И ИХ РОЛИ В ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ Н. М. Ганиев – студент 13 группы 2 курса лечебного факультета	601
КОГДА РАЗУМ ВЛЮБЛЕН: ФИЛОСОФИЯ ЛЮБВИ К.В. Тагирова – студентка 37 группы 2 курса лечебного факультета.....	602
ФИЛОСОФИЯ ЖИЗНИ: ПОНИМАНИЕ СМЫСЛА И ЦЕННОСТИ П.О. Далгатова – студентка 14 группы 2 курса лечебного факультета	605
<u>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА</u>	607
СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У МЫШЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ М.М. Гаджимурадова – студентка 621 гр. лечебного факультета, Ш.З. Магомедова - студентка 621 гр. лечебного факультета	607
ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ЖИВЫЕ КЛЕТКИ З.Б. Кадималиева - студентка 1 курса лечебного факультета.....	607
ИЗУЧЕНИЕ ОСТЕОПРОТЕКТИВНЫХ СВОЙСТВ СТРОНЦИЯ ХЛОРИДА В.А Миненок – студентка 3 гр. лечебного факультета	609
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЬГИМАФА В ТЕРАПИИ КАРИЕСА ДЕТИНА И ПУЛЬПИТА М.М. Меджидов – студент 3 курса стоматологического факультета.....	610
ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ L-ЛАКТАТА У МОЛОДЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ СИСТЕМНОГО ДЕЙСТВИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖИВОТНЫХ ИНГИБИТОРА NO-СИНТАЗЫ С.Н. Чепелев – научный сотрудник, П.Ф. Юшкевич – к.м.н., научный сотрудник, Е.Н. Чепелева – научный сотрудник	613
СОДЕРЖАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЛЕЙКОЦИТОВ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КРЫС С ПЕРИТОНИТОМ И ВВЕДЕНИЕМ L-АРГИНИНА, АМИНОГУАНИДИНА Э.В. Гусаковская – ст. преподаватель, В.А. Ковалева – студент 8-й гр. медико-психологического факультета, К.А. Валах, А.Ю. Жамойтина – студенты 11-й гр. лечебного факультета.....	616
ПОКАЗАТЕЛИ ИНТОКСИКАЦИИ У КРЫС С ПЕРИТОНИТОМ И МОДУЛЯЦИЕЙ ПУТИ «L-АРГИНИН-NO» Э.В. Гусаковская – ст. преподаватель, В.А. Ковалева- студент 8-й гр. медико-психологического факультета, С.О. Шатько – студент 11-й гр. педиатрического факультета	620

ИЗМЕНЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА И СОДЕРЖАНИЯ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС В УСЛОВИЯХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИЕЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СLP-ПЕРИТОНИТА А.Е. Савастюк – студент 2309 гр. педиатрического факультета	623
АНТИПРОТОЗОЙНАЯ АКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ ТЕЛОМЕРАЗ И.Г. Саруханян, Ю.А. Исаакян, М.И. Васильев, М.А. Урсов, Ю.М. Ткаченко	626
<u>ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ</u>	628
ЛИЧНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ З.К. Сулейманова, М.Н. Яралиева - студенты 4 курса педиатрического факультета	628
САМООЦЕНКА СТУДЕНТАМИ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕНТАЛЬНЫХ КАРТ В ОБУЧЕНИИ БОЛЬНЫХ	630
С.А. Долматов - студент 4 курса факультета СПО и бакалавриата	630
<u>НАУЧНЫЕ РАБОТЫ ШКОЛЬНИКОВ.....</u>	632
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАТАЛАЗЫ И СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В КРОВИ А.А. Тагисаров - ученик 10 «а» класса	632
ДЕЙСТВИЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ КРЕМОВ НА БАКТЕРИЦИДНУЮ АКТИВНОСТЬ КОЖИ К.Д. Зенчурина, С.М. Катаева – ученики 10 класса	641
ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА А.Н. СТРЕЛЬНИКОВОЙ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ К.С. Федоров – ученик 10 класса гимназии №123 г. Барнаула	643
МЕТОДЫ И СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ ДЛЯ УСПЕШНОЙ СДАЧИ ЕГЭ А.Г. Гасанова – ученица 11 класса	646
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ С ЗАДЕРЖКОЙ ДЫХАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ Э. Шихрагимова – ученица 9 класса	653
<i>МБОУ «СОШ № 61» Махачкала, Россия</i>	<i>653</i>
ПРОБЛЕМА СУИЦИДА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ПЕРМИ Е.Е Пермякова - ученица 10 «б» класса МАОУ «ГИМНАЗИЯ №6».....	655

М А Т Е Р И А Л Ы
71-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Научное издание

ISBN 978-5-00212-332-2



Подписано в печать 20.09.2023 г. Формат 60×84¹/₈.
Гарнитура «Таймс». Бумага офсетная. Печать ризографная.
Усл. п. л. 73,7. Уч.-изд. л. 35,6. Печать по требованию. Заказ №23-09-332.



Отпечатано в типографии АЛЕФ
367002, РД, г. Махачкала, ул. М. Гаджиева 64
Тел.: +7 (8722) 935-690, 599-690, +7 (988) 2000-164
www.alefgraf.ru, e-mail: alefgraf@mail.ru