



**ИВАНОВО**

**27** ноября  
**2023**

**Материалы XI Межрегиональной научно-практической  
конференции с международным участием**

**Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения  
и медицинской реабилитации больных с неинфекционными  
заболеваниями и травмами**

---

г. Иваново

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Департамент здравоохранения Ивановской области

Ивановское региональное отделение союза реабилитологов России

Ивановское отделение Российского научного медицинского общества терапевтов

Ивановское региональное отделение Всероссийского общества неврологов

Ивановское региональное отделение союза педиатров России

Ассоциация травматологов-ортопедов Ивановской области



***XI межрегиональная научно-практическая конференция  
с международным участием***

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ,  
РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И  
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАВМАМИ»**

***27 ноября 2023 года***

***МАТЕРИАЛЫ***

***Иваново 2023***

**Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами** : материалы XI межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. - ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2023. – 102 с.

Ответственные редакторы:

проректор по научной работе и международному сотрудничеству,  
д-р мед. наук, доцент **И. К. Томилова**;

научный руководитель НОСМУ, канд. мед. наук, доцент **М. В. Жабурина**

Научный редактор:

д-р мед. наук, профессор **И. Е. Мишина**

Сборник составлен по материалам XI межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами» (2023), в который включены работы ученых из разных городов Российской Федерации и стран ближнего зарубежья. В сборнике рассмотрены проблемы профилактики, диагностики и лечения заболеваний различного профиля неинфекционного генеза, а также особенности организации медицинской реабилитации на стационарном, амбулаторном и санаторно-курортном этапах.

Издание адресовано врачам неврологам, кардиологам, специалистам в области реабилитации, организаторам здравоохранения.

© ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2023

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У  
ЖЕНЩИН С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНЫХ  
УСЛОВИЯХ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ  
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ

*Блинова К.А., Мишина И.Е.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Введение.** Ведущее место в структуре онкологических заболеваний у женщин в Российской Федерации занимает рак молочной железы (РМЖ) [1]. Лучевая и лекарственная терапия, оперативное лечение радикально решают основную задачу при лечении РМЖ, но приводят к серьезным соматическим и психологическим нарушениям [2], которые могут ограничивать участие пациентов в повседневной активности и приводить к инвалидности [3]. Использование Международной классификации нарушений функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в реабилитационном процессе у женщин с постмастэктомическим синдромом (ПМЭС) позволяет оценить состояние здоровья, определить программу реабилитационных мероприятий [4,5].

**Целью данного исследования** явилось оценка эффективности медицинской реабилитации у женщин с ПМЭС на основе применения проблемно-ориентированного мультидисциплинарного подхода с использованием МКФ.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 115 женщин в возрасте  $55,95 \pm 11,2$  года, прошедших лечение в течение 2017–2020 гг. Для оценки нарушений функционирования и ограничений жизнедеятельности использовались гониометрия, измерение длины окружности рук, использовалась разработанная авторами статьи анкета, основанная на утвержденном базовом наборе МКФ, включающая ранжированные вопросы. Каждому блоку вопросов соответствовал определенный домен МКФ.

*Первое обследование* всем исследуемым было выполнено до радикальной мастэктомии по Маддену (МЭ). *Второе исследование* было проведено через шесть месяцев после лечения РМЖ. При оценке по шкале реабилитационной маршрутизации – 0–1 или 4–6 баллов или наличия признаков прогрессирования РМЖ были исключены из исследования 30 пациенток. Оставшимся пациенткам с признаками ПМЭС было предложено пройти курс медицинской реабилитации или стандартного диспансерного наблюдения. В зависимости от принятого решения больные были разделены на две группы: 1-ю составили 30 пациенток с ПМЭС, прошедших полный курс реабилитации (исследуемая группа), 2-ю – 55 женщин с ПМЭС, отказавшихся от реабилитации (группа сравнения). *Третье исследование* по завершению курса реабилитации проводилось только пациенткам, проходившим медицинскую реабилитацию. *Четвертое* выполнено всем пациенткам через 12 месяцев после завершения лечения РМЖ.

Количественные признаки описаны с использованием непараметрической статистики, для значимости различий использован критерий Манна – Уитни. Качественные признаки описаны в процентном соотношении абсолютными и относительными частотами, оценивался уровень значимости по критерию Пирсона ( $\chi^2$ ). Результаты анализа считались статистически значимыми при  $p$

<0,05. Также использовался средневзвешенный показатель (СВП) тяжести симптомов, который был рассчитан по формуле:

$$k = \frac{\sum_{i=0}^4 (b_i \cdot n_i)}{N}$$

, где  $b_i$  – балл (от 0 до 4-х);  $n_i$  – число респондентов, выбравших данный балл при ответе на вопросы;  $N$  – объем выборки.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При анализе функциональных нарушений и ограничений активности у пациенток с ПМЭС был сформирован основной и сокращенный базовый набор доменов МКФ (более 50% случаев). **Через 12 месяцев** после окончания лечения РМЖ при оценке динамики проявлений ПМЭС **в подгруппе женщин, отказавшихся от реабилитации**, отмечено достоверное увеличение длины окружности руки со стороны операции по сравнению с противоположной рукой (на уровне локтевого отростка через локтевой сустав 33,0[28,0–35,5] см и 28,0[27,0–32,0] см соотв., на 5 см выше локтевого сгиба 30,0[27,0–33,0] см и 26,0[25,0–28,0] см соотв.,  $p < 0,05$ ) и снижение амплитуды движений в плечевом (сгибания 150[140–155] и 180[170–180]° соотв., и отведения 140[135–155] и 170[160–170]° соотв.,  $p < 0,05$ ) и локтевом суставах (сгибания 125[110–130] и 150[150–160]° соотв., пронации 40[30–50] и 80[70–90]° соотв., супинации 30[27,5–45] и 80[80–90]° соотв.,  $p < 0,05$ ); уменьшение силы (Primus RS «Изометрический рука-захват», через 6 месяцев 20[15–28] %, через 12 месяцев 33[28–36]% в сравнении с противоположной рукой,  $p < 0,05$ ) и выносливости (СВП 1,6 и 2 балла соотв.,  $p < 0,05$ ), усиление боли (через 6 месяцев 6,8(25–75) баллов по шкале ВАШ, через 12 месяцев 7,7 (6,3–8,9) баллов,  $p < 0,05$ ). Также было установлено прогрессивное ухудшение ограничений активности, таких как поднятие и перенос предметов (d4308), уход за частями тела (d520), забота о домашнем имуществе (d650) ( $p < 0,05$ ). Отмечалась отрицательная динамика проявлений тревоги, сохранялись нарушения качества сна, а также диагностировалось снижение психологического компонента качества жизни (КЖ) пациенток ( $p < 0,05$ ).

Амбулаторный курс реабилитации включал мероприятия, направленные на коррекцию выявленных при обследовании нарушений на основе использования МКФ.

**Индивидуальная программа реабилитационных мероприятий** включала модули:

- медикаментозной поддержки, включающий назначаемые препараты по показаниям: улучшающие лимфодренажную и сократительную активность лимфатических сосудов (b4352), профилактирующие воспалительные и трофические изменения (s 710), антидепрессанты (b1522), препараты, направленные на улучшение качества сна (b134); ответственный специалист мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) – врач ФРМ;
- лечебной физкультуры, направленную на восстановление амплитуды движений (b710), силы (b7301) и выносливости (b7401) мышечных групп руки со стороны операции; ответственный специалист МДРК – инструктор ЛФК;
- физиотерапевтический модуль - лимфодренажный и пневмокомпрессионный массаж, направленные на коррекцию функции

лимфатических сосудов (b4352); НИЛИ, магнитотерапия, уменьшающие боль (b280); ответственный специалист МДРК – физиотерапевт;

- психотерапевтической поддержки (беседа и индивидуальные тренинги, арттерапия, обучение техникам саморегуляции, когнитивно-поведенческая терапия), направленные на снижение тревоги и депрессии (b1521, b1522), улучшение взаимоотношений с близкими родственниками (e310); ответственный специалист МДРК – медицинский психолог;

- мероприятия с использованием специального эрготерапевтического оборудования и оборудования с БОС для обучения ухода за собой (d 510, d 540) и домашним имуществом (d 640, d 650); ответственный специалист МДРК – эрготерапевт.

**В результате проведенных мероприятий** в исследуемой группе, прошедшей курс реабилитации, увеличился объем движений в плечевом и локтевом суставах, возросла сила и выносливость мышц руки со стороны операции. Достоверное уменьшились среднегрупповые значения показателя интенсивности боли (7,5 (6,3–8,7) баллов против 4 (2,5–4,8) баллов до реаб.,  $p < 0,05$ ). Улучшилось качество сна (СВП 1,6 против 2,0 до реаб.,  $p < 0,05$ ), уменьшились проявления тревоги (СВП 0,5 против 1,2 до реаб.,  $p < 0,05$ ) и депрессии (СВП 0,3 против 1,7 до реаб.,  $p < 0,05$ ). Были установлены статистически значимые улучшения таких видов активности как поднятие и перенос объектов (d4308), мытье (d510), уход за частями тела (d520), надевание одежды (d540), выполнение работы по дому (d640), забота о домашнем имуществе (d650), отдых и досуг (d920) ( $p < 0,05$ ).

Достоверно улучшилось КЖ по показателям шкал PF (физическое функционирование), VP (интенсивность боли) и SF (социальное функционирование) ( $p < 0,05$ ).

Была проведена оценка необходимости проведения курса медицинской реабилитации **через 12 месяцев** после окончания лечения РМЖ. У пациенток, прошедших курс реабилитации по сравнению с результатами больных, отказавшихся от нее, была отмечена меньшая длина окружности руки на стороне МЭ на уровне локтевого отростка через локтевой сустав (1-я группа: 28,0 (25,3–31,5) см, 2-я группа: 30,0 (27,0–33,0) см,  $p < 0,05$ ); на 5 см выше локтевого сгиба (31,0(26,0–33,0) см и 32,0 (28,0–35,5) см соотв.,  $p < 0,05$ ); на 5 см ниже подмышечной впадины (41,5 (37,0–46,0) см и 43,0 (39,5–47,5) см соотв.,  $p < 0,05$ ); больший объем движений в плечевом (сгибание 1-я подгруппа –170 (170–180)°, 2-я –150 (140–155)°;  $p < 0,05$ ) и локтевом суставах (сгибание 140 (125–155)° и 125 (110–130)° соотв.,  $p < 0,05$ ; супинация 60(45–70) ° и 30 (27,5–45) ° соотв.,  $p < 0,05$ ). Отмечалось повышение показателей силы и выносливости мышц верхней конечности со стороны МЭ. Отмечалась меньшая выраженность боли (СВП 2,0 и 2,6 соотв.,  $p < 0,05$ ).

Отмечено достоверное снижение СВП выраженности нарушения доменов, таких как поднятие и перенос предметов (d4308), мытье (d510), уход за частями тела (d520), одевание одежды (d540), забота о домашнем имуществе (d650) ( $p < 0,05$ )

При анализе опросника КЖ через 12 месяцев у пациенток группы реабилитационного вмешательства отмечались более высокие показатели шкал физического функционирования, ролевого физического функционирования,

интенсивность боли, социального функционирования и психического здоровья, чем у пациенток группы сравнения ( $p < 0,05$ ).

### **Выводы.**

У пациенток через 12 месяцев после проведения радикального лечения РМЖ при отказе от прохождения медицинской реабилитации наблюдались значительные структурно-функциональные нарушения и ограничения жизнедеятельности, что значительно снижало ежедневную активность женщин.

Описание нарушений функционирования и ограничений активности на основании применения МКФ позволило определить наиболее значимые проблемы пациенток, обоснованно сформировать индивидуальную программу медицинской реабилитации, включающую модули: лечебной физкультуры, физиотерапевтический, эрготерапевтический, психологической коррекции, медикаментозной поддержки, оптимизировать временные и трудовые затраты членов мультидисциплинарной реабилитационной команды.

### **Литература**

1. Заридзе, Д. Г. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них в России / Д. Г. Заридзе, А. Д. Каприн, И. С. Стилиди // Вопросы онкологии. – 2018. – Т. 64, № 5. – С. 578–591.

2. Brennan L. et al. Patient experiences of rehabilitation and the potential for an mHealth system with biofeedback after breast cancer surgery: qualitative study //JIR mHealth and uHealth. – 2020. – Т. 8. – №. 7. – С. e19721.

3. Olusanya B. O., Davis A. C., Hoffman H. J. Hearing loss grades and the International classification of functioning, disability and health //Bulletin of the World Health Organization. – 2019. – Т. 97. – №. 10. – С. 725.

4. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шамалов Н.А., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Суворов А.Ю., Нырклов Г.В., Тулупов Д.О. Использование МКФ и оценочных шкал в медицинской реабилитации. Вестник восстановительной медицины. 2018; 3(85): 14-20.

5. Willy R. W. et al. Patellofemoral pain: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the academy of orthopaedic physical therapy of the American physical therapy association //Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. – 2019. – Т. 49. – №. 9. – С. CPG1-CPG95.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОТДАЛЕННЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА  
У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

*Омельяненко М.Г.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Риск развития и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) существенно увеличивается при наличии таких общепризнанных факторов риска, как артериальная гипертензия, мужской пол, возраст, атерогенная дислипидемия, курение, сахарный диабет, низкая физическая активность, избыточная масса тела, стресс и тревога [1]. Эксперты обращают внимание на важность изучения психо-социального стресса, как одного из факторов риска развития ИБС и ее осложнений [2]. Выявлено, что наличие умеренной или тяжелой депрессии ассоциируется с повышенным риском развития инфаркта миокарда (ИМ) и летальных исходов при ИБС [4]. Исследования последних лет убедительно продемонстрировали важную и самостоятельную роль эндотелиальной дисфункции (ЭД) в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Показано, что одним из механизмов реализации воздействия стресса на сердечно-сосудистую систему, является нарушение регуляции метаболизма оксида азота и развитие ЭД [3]. Несмотря на то, что разработано большое число различных прогностических шкал для оценки прогноза при ИБС, они не включают показатели психоэмоционального статуса и ЭД.

**Цель** – определить прогностическое значение психоэмоциональных нарушений и маркеров ЭД в развитии отдаленных неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений (ОНССО) у пациентов со стенокардией напряжения (СН).

**Материал и методы исследования.** Проведено клиническое и лабораторно-инструментальное обследование 88 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 39 до 62 лет (средний возраст – 52,4±3.7 года) с последующим динамическим наблюдением на протяжении 12 мес. Отбор больных проводился методом сплошной выборки при получении добровольного информированного согласия на участие в исследовании. В исследование были включены пациенты с установленным диагнозом ИБС в форме стабильной стенокардии напряжения (СН) II и III функциональных классов (ФК). Верификация диагноза ИБС была проведена при проведении коронароангиографии. При динамическом наблюдении в течение 12 месяцев отслеживались следующие ОНССО: нефатальный ИМ с проведением интервенционного коронарного вмешательства (ИКВ), нестабильная стенокардия (НС) с проведением ИКВ, инсульт, транзиторная ишемическая атака (ТИА) и смерть. Для оценки ПЭС применяли опросник Ридера и шкалу HADS. Функцию эндотелия определяли с помощью пробы с реактивной гиперемией по методике D. Celermajeretal. [5] и подсчету десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) по способу J.Hladovec [4]. Для создания прогностической модели развития ОНССО и определения их предикторов применили алгоритм одномерного ветвления по методу CART (Classificationand Regression Tree). Все результаты считались статистически значимыми при  $p < 0.05$ .

**Результаты.** При оценке показателей ЭД и ПЭС были установлены ряд статистически значимых взаимосвязей. У пациентов с положительной пробой с

реактивной гиперемией отмечались значимо более высокие показатели стресса, депрессии и тревоги. У больных с повышенными показателями стресса, депрессии и тревоги оказались значимо выше и уровни ДЭ. За период 12-ти месячного динамического наблюдения у больных были отмечены следующие ОНССО: нефатальный ИМ и ИКВ у 4 (4.54%) человек, НС и ИКВ – 6 (6.81%), ТИА – у 7 (7.95%). Случаев инсульта и летальных исходов не отмечено. Согласно модели CART, из 60 проанализированных клинических, лабораторных и инструментальных показателей предикторами ОНССО явились: уровни тревоги, депрессии, стресса и число ДЭ в плазме. Чувствительность модели составила 94.7%, специфичность – 94.5%.

#### **Выводы.**

1. У пациентов со СН II и III ФК выявлены статистически значимые взаимосвязи между психоэмоциональными нарушениями и маркерами ЭД.

2. Предикторами отдаленных ОНССО оказались уровни тревоги, депрессии, стресса и число ДЭ, что подтверждает значение этих факторов в прогрессировании ИБС.

3. В программах реабилитации больных с ИБС необходимо оценивать ПЭС и проводить адекватную коррекцию психоэмоциональных нарушений медикаментозными и немедикаментозными методами.

#### **Литература**

1. Стабильная ишемическая болезнь сердца: Клинические рекомендации 2020 / Российский кардиологический журнал. – 2020. – №25(11). – С.201–250.

2. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования / Е.И. Чазов, Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова и др. // Кардиология. – 2007. – № 3. – С. 28–37.

3. Психоэмоциональные нарушения и эндотелиальная дисфункция в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с атеросклерозом / Омельяненко М.Г., Шумакова В.А., Суховой Н.А., Щапова Н.Н. // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 18– 24.

ФАКТОРЫ РИСКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ОСЛОЖНЕННЫМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

*Арсеничева О.В.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), осложненный кардиогенным шоком (КШ), довольно часто (до 55%) сопровождается острым повреждением почек (ОПП) [1,2]. Развитие ОПП ухудшает краткосрочный и долгосрочный прогноз этих больных, поскольку приводит к увеличению сроков госпитализации, повышению госпитальной летальности и смертности в отделенном периоде [3,4]. В связи с этим актуальным является выявление предикторов неблагоприятного госпитального исхода заболевания у данной категории пациентов с целью стратификации риска и возможной их коррекции.

**Цель** – выявить факторы риска госпитальной летальности у больных ИМпST, осложненным КШ, в сочетании с ОПП.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе кардиологического отделения Регионального сосудистого центра ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница». Под наблюдением находились 53 пациента с ИМпST, осложненным КШ, у которых развилось ОПП. Всем больным проведено интракоронарное вмешательство. В группу наблюдения вошли 22 умерших пациента (13 мужчин и 9 женщин, средний возраст – 71,8 [64,5; 79,1] лет), в группу сравнения – 31 человек (20 мужчин и 11 женщин, средний возраст – 68,1 [58; 78,2] лет), прошедших лечение и выписавшихся из стационара. КШ устанавливался на основании снижения систолического артериального давления ниже 90 мм рт. ст. в течение более 30 минут и наличия признаков гипоперфузии органов. ОПП диагностировали при повышении креатинина плазмы на  $\geq 26,5$  мкмоль/л от исходного уровня в течение 48 часов или в  $\geq 1,5$  раза от его известного или предполагаемого базального значения [5]. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, определяли уровень тропонинов, липидов, глюкозы и креатинина в крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), выполняли электрокардиографию, эхокардиографию и коронароангиографию. СКФ рассчитывали по формуле CKD-EPI. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы IBM SPSS Statistics 23. Количественные признаки представлены как медиана и интерквартильный размах (Ме [Q25; Q75]). Качественные данные выражены в виде процентных значений (%). Для выявления независимых предикторов госпитальной летальности использовали метод множественной логистической регрессии. Результаты регрессионного анализа представлены с указанием для каждой достоверной переменной отношения шансов и его 95% доверительного интервала. Все различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группе наблюдения чаще, чем в группе сравнения, встречались пациенты старше 70 лет (59,1% vs 25,8%,  $p = 0,014$ ), с наличием в анамнезе хронической сердечной недостаточности III-IV функционального класса (50,0% vs 22,3%,  $p = 0,038$ ), исходной скоростью клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (68,2% vs 35,5%,  $p = 0,019$ ), фракцией выброса левого желудочка

ниже 40% (86,4% vs 54,8%,  $p=0,015$ ) и трёх сосудистым поражением венечного русла (63,6% vs 32,3%,  $p=0,024$ ). Средний прирост креатинина в плазме через 48 часов после поступления в стационар в группе наблюдения составил 51,8 [48,5; 55,1] мкмоль/л, в группе сравнения –44,4 [42,5; 46,3] мкмоль/л ( $p=0,028$ ). После проведения логистического регрессионного анализа выявили, что на госпитальную летальность у изучаемых пациентов достоверно оказывали влияние следующие факторы: возраст старше 70 лет (3,13 (1,89-10,57)) и фракция выброса левого желудочка ниже 40% (2,31 (2,09-6,77)).

**Выводы.** В проведенном исследовании госпитальная летальность у больных ИМпСТ, осложненным КШ, в сочетании с ОПП ассоциировалась с возрастом старше 70 лет и фракцией выброса левого желудочка ниже 40%.

#### Литература

1. Temporal trends, predictors, and outcomes of acute kidney injury and hemodialysis use in acute myocardial infarction-related cardiogenic shock / Vallabhajosyula S. [et al.] // Journal of the American College of Cardiology. –2019. – Vol.73, № 14. – P. 1792–1794.
2. Acute kidney injury in cardiogenic shock: an updated narrative review / Singh S. [et al.] // Journal of Cardiovascular Development and Disease. –2021. –Vol.8, № 8. –P. 88.
3. Clinical picture and risk prediction of short-term mortality in cardiogenic shock / Harjola V.P. [et al.] // European Journal of Heart Failure. –2015. – Vol.17, № 5. –P.501–509.
4. Prognostic impact of established and novel renal function biomarkers in myocardial infarction with cardiogenic shock: A biomarker substudy of the IABP-SHOCK II-trial / Fuernau G. [et al.] // International Journal of Cardiology. –2015. – Vol. 191. – P.159–166.
5. KDIGO Clinical practice guideline for acute kidney injury // Kidney International. – 2012. –Vol.2, № 1. – P. 8.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Антонов А.В.<sup>1</sup>, Абрашкина Е.Д.<sup>2</sup>, Завада С.М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ОБУЗ «Ивановский госпиталь ветеранов войн»

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Больные с сердечно-сосудистой патологией, осложненной хронической сердечной недостаточностью – наиболее многочисленная группа пациентов пожилого и старческого возраста, требующая по современным представлениям не только постановки нозологического диагноза, но и комплексной оценки физического, психоэмоционального и функционального статуса с целью выявления старческой астении и других гериатрических синдромов, что необходимо для разработки индивидуальной программы по поддержанию функциональной активности и автономности, коррекции медикаментозной терапии [1,2].

**Цель исследования** – выявить наиболее часто встречающиеся гериатрические синдромы у больных с сердечно-сосудистой патологией, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН), по результатам комплексной гериатрической оценки (КГО) для оптимизации ухода и лечения.

### **Материалы и методы исследования**

В ОБУЗ «Ивановский госпиталь для ветеранов войн» обследована 41 пациентка в возрасте от 65 до 85 лет (средний возраст  $71,2 \pm 7,3$  лет) с артериальной гипертонией в сочетании с хроническими формами ИБС (стабильной стенокардией напряжения, постинфарктным кардиосклерозом, постоянной формой фибрилляции предсердий, дегенеративными пороками клапанов). У всех пациентов выявлена хроническая сердечная недостаточность: у 21 из них (1 группа) – I стадии 1 и 2 функционального класса (ХСН I ФК 1-2), у 20 (2 группа) – II А стадии 2-3 функционального класса (ХСН II А ФК 2-3). Группы были сопоставимы по возрасту. Оценивались: физическое здоровье (результаты краткой батареи тестов физической активности), активность в повседневной жизни (индекс Бартел), риск падений по шкале Морсе, психоэмоциональная сфера (краткая шкала оценки когнитивного статуса MMSE- для скрининга деменции и МОСА- для скрининга умеренных когнитивных нарушений и оценки различных когнитивных сфер, гериатрическая шкала депрессии).[2,3]. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Microsoft Office Excel 2013г».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При использовании краткой батареи тестов физической активности у больных с ХСН I ст. ФК1-2 признаки астении отмечались у 70% человек (средний балл  $6,0 \pm 1,0$ ), преастении ни у кого не выявлено. Более 10 баллов (средний балл  $10,8 \pm 1,2$ ) набрали 30% пациенток, что соответствовало отсутствию старческой астении. В группе с ХСН II А ст. ФК2-3 90% пациентов набрали  $\leq 7$  баллов (средний балл  $5,8 \pm 1,1$ ), что соответствовало старческой астении, 5% – 8-9 баллов, что соответствовало преастении, остальные 5% –  $\geq 10$  баллов, что соответствовало норме.

По шкале Морсе в группе ХСН I ФК1-2 высокий риск падений выявлен у 85% человек (набрано  $\geq 51$  баллов, средний балл  $56,5 \pm 2,6$ ), у 15% – умеренный риск падений (набрано от 25 до 50 баллов, средний балл  $35,5 \pm 1,8$ ). В группе с ХСН II А ФК2-

3 у 90% был выявлен высокий риск падений (средний балл  $54,8 \pm 2,0$ ), умеренный риск падений у 10% человек (средний балл  $32 \pm 1,5$ )

Оценка когнитивного статуса с использованием шкалы MMSE и MOCA у 9,5% чел. в группе с ХСН I ст. ФК1-2 не выявила снижения когнитивных функций (набрано  $\geq 28$  баллов по шкале MMSE, по шкале MOCA  $\geq 26$  баллов). Нарушения додементного уровня выявлены у 90,5% (получено от 25 до 27 баллов по шкале MMSE, по шкале MOCA - менее 26 баллов; средний балл по MMSE  $26,3 \pm 1,0$ , по MOCA -  $24,5 \pm 2,3$  баллов).

В группе с ХСН IIАФК2-3 не выявлено снижения когнитивных функций у 10% больных (набрано  $\geq 28$  баллов по шкале MMSE, по шкале MOCA  $\geq 26$  баллов), у 90% отмечались признаки снижения когнитивных функций додементного уровня (набрано от 25 до 27 баллов по MMSE, в среднем  $25,8 \pm 1,2$  баллов, по MOCA  $\leq 25$ , средний балл  $24,1 \pm 1,9$ ). Деменции ни в той, ни в другой группе не выявлено.

При исследовании эмоциональной сферы с использованием гериатрической шкалы депрессии у больных в группе с ХСН I ст. ФК1-2 признаки вероятной депрессии выявлены в 30% случаев (набрано  $\geq 5$  баллов, в среднем  $7,8 \pm 2,0$  баллов), в группе с ХСН IIАФК2-3 у 38% выявлены признаки вероятной депрессии (средний балл  $8,3 \pm 1,9$ ). В 1 и 2 группе, соответственно 70% и 68% пациентов набрали  $\leq 4$  баллов (средний балл  $2,3 \pm 1,5$ ), что соответствовало отсутствию депрессии.

При исследовании активности в повседневной жизни (индекс Бартел) у 70% с ХСН I ст. ФК1-2 получено от 99 до 68 баллов, что соответствовало легкой и умеренной зависимости от окружающих. В группе с ХСН IIАФК2-3 у 80% больных получено от 94 до 61 баллов, что также соответствовало легкой и умеренной зависимости от окружающих. У 30% и 20% больных вышеуказанных групп зависимости от окружающих не наблюдалось.

### **Выводы.**

1. У пациентов гериатрического отделения с ХСН наиболее распространенными синдромами были: синдромы старческой астении, снижения когнитивных функций, додементного уровня, развитие депрессивного состояния, высокого риска падений, увеличение зависимости от окружающих.

2. Перечисленные синдромы более часто встречались в группе пациентов с ХСН IIА ст. ФК 2-3, чем с ХСН I ст. ФК 1-2.

3. Пациентам с сердечно-сосудистой патологией, осложненной сердечной недостаточностью необходимо проводить КГО для выявления гериатрических синдромов с целью организации ухода для сохранения качества жизни на высоком уровне, разработки индивидуальной программы лечения с учетом текущего функционального статуса.

### **Литература**

1. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ/ В.Д. Мареев [и др.] // Кардиология. 2018;58(56).

2. Старческая астения: Клинические рекомендации / О. Н. Ткачева [и др.] // Российский журнал гериатрической медицины. 2020. № 1. С. 11-46.

3. Комплексная гериатрическая оценка у пациентов пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Экспертное мнение Российской Ассоциации геронтологов и гериатров / О. Н. Ткачева [и др.] // Кардиология. 2021;61(5):71-78.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г.А.<sup>1</sup>, Чижова А.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России  
<sup>2</sup>ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

**Актуальность.** Диабетическая периферическая полинейропатия (ДПН) характеризуется диффузным поражением периферических нервных волокон в результате сахарного диабета (СД), является одной из основных причин развития синдрома диабетической стопы, ранней инвалидизации и смертности больных СД [1]. Для снижения риска прогрессирования данного осложнения, улучшения прогноза и качества при СД 2 типа назначается комплексная медикаментозная терапия.

**Цель** - оценить эффективность комплексной терапии ДПН у больных СД2 типа.

**Материал и методы.** Наблюдали 38 пациентов с СД 2 типа и ДПН, в возрасте -  $61,5 \pm 3,2$  лет, длительность СД составила  $14,7 \pm 2,0$  лет, глюкоза плазмы натощак -  $10,9 \pm 2,0$  ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA1c) - 9,6%, общий холестерин (ХС) -  $6,3 \pm 0,2$  ммоль/л, триглицериды (ТГ) -  $3,1 \pm 0,01$  ммоль/л. Проводилась количественная оценка нарушений различных видов чувствительности при ДПН по шкале NDS (Нейропатический Дисфункциональный Счет). Шкала NDS основана на количественной оценке объективных признаков состояния рефлексов и нарушений различных видов чувствительности в баллах от 0 до 5. Критерии оценки - уровень распространения поражений: нет нарушений - 0 баллов, до основания пальцев - 1 балл, до середины стопы - 2 балла, до середины лодыжек - 3 балла, до середины голени - 4 балла, до колена - 5 баллов. Оценка по шкале NDS проводилась исходно и в динамике через 1 месяц после лечения. Сахароснижающая терапия: метформин - 80%, препараты сульфонилмочевины - 40%, ингибиторы ДПП-4 - 60%, инсулинотерапия - 50%, в комбинации с сахароснижающими препаратами (47%). Всем пациентам назначались препараты альфа-липовой кислоты и витамины группы В, большинство применяли статины (85%), половина пациентов - антиагреганты (49%).

**Результаты.** Через 1 месяц проведенной сахароснижающей терапии достигнуты целевые значения глюкозы крови, в результате применения статинов - целевые значения ХС и ТГ. Уровень гликемии натощак составил  $6,4 \pm 0,1$  ммоль/л, HbA1c - 8,0%, ( $p \leq 0,05$ ), ХС -  $4,8 \pm 0,1$  ммоль/л, ТГ -  $1,7 \pm 0,01$  ммоль/л, ( $p \leq 0,05$ ). На фоне достижения целевых значений гликемии и в результате комплексного лечения альфа-липовой кислотой и витаминами группы В отмечалось улучшение неврологического статуса. Наиболее выражена положительная динамика болевой чувствительности: исходно - 2,1 баллов, после лечения - 1,2 баллов, ( $p \leq 0,05$ ) и температурной чувствительности: исходно - 3,4 баллов, после лечения - 1,4 баллов, ( $p \leq 0,05$ ). Показатели вибрационной, тактильной чувствительности, сухожильные рефлексы изменились незначительно. Осложнений проведенной терапии не выявлено.

**Выводы.** Комплексная терапия ДПН препаратами альфа-липоевой кислоты и витаминами группы Вс достигнутыми целевыми значениями глюкозы и холестерина является эффективной и безопасной, позволяет уменьшить нарушения периферической нервной системы у больных СД 2 типа за счет улучшения болевой и температурной чувствительности.

#### **Литература**

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 11-й выпуск. – М.; 2023. – С. 121-125.

## ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ В ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Романенко И.А.<sup>1</sup>, Маврычева Н.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Минздрава России

**Актуальность.** Сахарный диабет 2 типа (СД 2) является острой медико-социальной проблемой, связанной с тяжёлыми сосудистыми осложнениями, инвалидизацией и снижением продолжительности жизни больных. [1,2]. Уменьшить число больных СД2, предотвратив заболевание или хотя бы отсрочив время его дебюта возможно лишь с помощью профилактических мероприятий в группе лиц с ранними нарушениями углеводного обмена (РНУО), обратимость изменений у которых доказана многими учеными. Эпидемиологические исследования показали, что распространенность РНУО в общей популяции в 3 раза превышает таковую для СД2.

**Цель научного исследования.** Разработать программу профилактики сахарного диабета 2 типа в группе лиц риска развития заболевания с учетом их терапевтического обучения, коррекции выявленных метаболических нарушений и оценки динамики состояния углеводного обмена.

**Задачи научного исследования:** Сформировать у пациентов с ранними нарушениями углеводного обмена группу наблюдения №1 и группу контроля №2. Оценить состояние метаболических характеристик и маркеров повреждения сосудистой стенки лиц в группе риска развития СД 2 типа. Составить и апробировать систему мероприятий, включающих терапевтическое обучение, комплексное лечение лиц с предиабетом для профилактики у них сахарного диабета 2 типа. Оценить динамику показателей углеводного обмена и маркеров повреждения сосудистой стенки у больных с предиабетом в течение 24 месяцев наблюдения в группах №1 и №2.

**Материалы и методы исследования.** При проведении профилактического осмотра населения в г. Владимир и в г. Иваново сформирована группа №1 из 60 человек с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ), участвующих в программе профилактики СД 2 и группа №2, сопоставимая с группой №1 по гендерному и возрастному составу из 40 человек с предиабетом, не участвующих в этой программе. Всем пациентам проведено обследование: измерение артериального давления (АД), объема талии (ОТ) и объема бедер (ОБ), индекса массы тела (ИМТ), определение массы жировой ткани, лабораторные исследования: уровня глюкозы, состояния липидного профиля, подсчитывались десквамированные эндотелиоциты (ДЦЭ) по J. Hladovec, индекс НОМА, микроальбуминурия (МАУ) в суточной моче. Все обследованные пациенты были проанкетированы для выяснения факторов риска развития СД 2 до, по завершению программы профилактики СД2, и – через 12 месяцев.

**Результаты исследований.** У 90% обследованных с РНУО выявлено ожирение, а у 10% - избыточная масса тела. В группу №1 вошли 60 больных с (НТГ): 40 женщин и 20 мужчин, средний возраст — 50,13 ± 4,55 года, ИМТ 37,76 ± 1,23 кг/м<sup>2</sup>, отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) — в среднем 108,14 ± 0,18. В группу №2 включены 40 пациентов: 26 женщины, 14

мужчин, средний возраст —  $51,25 \pm 5,99$  года, ИМТ —  $34,77 \pm 1,91$  кг/м<sup>2</sup>, ОТ/ОБ — в среднем  $0,99 \pm 0,37$ . Показатели углеводного, липидного обмена и артериального давления у больных в группе №1 и группе №2, соответствуют критериям диагностики метаболического синдрома и статистически друг от друга не отличаются. Пациенты из группы №1 проходили терапевтическое обучение и коррекцию метаболических нарушений в течение 12 недель, при этом использовались диетотерапия, дозированные физические нагрузки и лекарственные препараты: метформин, акарбоза, орлистат, статины, сартаны. Поддерживающая терапия и наблюдение за ними продолжалось до 1 года. Лица группы №2 обследованы через 3 и 12 месяцев вместе с пациентами из группы №1. Анкетирование выявило у 87% лиц с НТГ низкую информированность о риске развития СД. На основании результатов проведенных исследований и анкетирования пациентов был составлен перечень мишеней терапевтического воздействия: Программа занятий состояла из 6 практических занятий, включающих контроль веса, АД, гликемии, липидного профиля, калорийности питания. У обследованных группы №1 после 3 месяцев лечения в 34 случаях нормализовался углеводный обмен, непосредственно снизилась доля жировой ткани в массе тела на 11%, что позитивно отразилось на снижении инсулинорезистентности тканей- (критерий НОМА) уменьшился на 27%. Стабилизировались на низком уровне маркеры повреждения сосудов.

#### **Выводы.**

1. У лиц с НТГ метаболические нарушения соответствуют критериям диагностики метаболического синдрома, повышен уровень маркеров повреждения сосудистой стенки (ЦДЭ, СРБ, МАУ),

2. Низкая комплаентность лечению, выявленная при анкетировании обследованных лиц с предиабетом, показала необходимость их терапевтического обучения и коррекции метаболических нарушений.

3. В результате выполнения программы профилактики СД 2 повысилась информированность больных с предиабетом о СД, нормализовался и сохранялся весь период наблюдения углеводный обмен у 34 чел. (57%) обследованных лиц группы №1 и одновременно у них снизился уровень маркеров повреждения сосудистой стенки, тогда как в контрольной группе №2 пациентов с РНУО у 7 человек (17%) в течение 1 года был диагностирован СД 2, спонтанной нормализации углеводного обмена не наблюдалось, а уровень маркеров повреждения сосудов достоверно возрос ( $p < 0,05$ ).

#### **Литература**

1. Динамика метаболических показателей, маркеров окислительного стресса и повреждения сосудистой стенки при лечении больных с ожирением и предиабетом / Романенко И.А., Полятыкина Т.С., Маврычева Н.В. // Ж. Клиническая Медицина 2016. 94 (3), С. 221-226.

2. Романенко И.А., Будникова Н.В. . Скорость распространения пульсовой волны в зависимости от стадии нарушения углеводного обмена // Ж. Кардиоваскулярная терапия и профилактика., спец. Выпуск, 2018; 17 (октябрь), С. 20-21.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА,  
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ  
АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЭНДОКРИНОЛОГА

*Батрак Г.А., Глебова Е.М.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Гестационный сахарный диабет (ГСД) характеризуется гипергликемией, выявленной впервые во время беременности, но не соответствующей критериям «манifestного» сахарного диабета. ГСД - один из важнейших факторов риска СД 2 типа не только у матери, но и у ребенка. На фоне ГСД чаще наблюдаются неблагоприятные исходы беременности, диабетические фетопатии, мертворождение, аномалии развития плода [1,2].

**Цель.** Выявить факторы риска развития ГСД, представить клиническую картину заболевания и проанализировать исходы беременности у женщин с ГСД по результатам амбулаторного наблюдения эндокринолога.

**Материалы и методы.** Под наблюдением эндокринолога поликлиники №4 ОБУЗ ГКБ №4 г. Иваново находились 46 женщин с ГСД, в возрасте от 20 до 42 лет (в среднем 31,1±2,7 лет). Проводился сбор жалоб, анамнеза и клинический осмотр беременных. Методы лабораторной диагностики включали определение глюкометром глюкозы натощак и после приема пищи, гликированного гемоглобина (HbA1c), общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), а также суточной протеинурии и суточной глюкозурии. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений -  $M \pm \sigma$ , где  $M$  - среднестатистическое значение,  $\sigma$  - стандартное отклонение. Различия при  $p \leq 0,05$  считались статистически значимыми.

**Результаты.** У абсолютного большинства беременных (90%) ГСД выявлен во время первой беременности, у 10% - на фоне 2 или 3 беременности, срок беременности при выявлении ГСД на амбулаторном приеме составил 20–24 недели. У большинства беременных (85%) жалобы не отмечались. Абсолютное большинство беременных имели избыточную массу тела и ожирение: у 20% выявлена избыточная масса тела, индекс массы тела (ИМТ) до беременности  $29,2 \pm 1,0 \text{ кг/м}^2$ , у 73% отмечается ожирение 1-2 степени, ИМТ до беременности -  $30,2 \pm 4,0 \text{ кг/м}^2$ . Более половины женщин с ГСД (65%) имели отягощенную наследственность по СД 2 типа, чаще по женской линии. У трети беременных выявлена патология щитовидной железы: 32% - диффузный эутиреоидный зоб 2 степени, узловой эутиреоидный зоб и гипотиреоз. 36% имели хронический пиелонефрит и 29% - артериальную гипертензию 1-2 степени. На фоне антигипертензивной терапии уровень АД  $120 \pm 10,2/75 \pm 5,0$  мм рт.ст. Уровень креатинина -  $68,3 \pm 6,0$  мкмоль/л, СКФ -  $115,4 \pm 5,0$  мл/мин/1,73 м<sup>3</sup>. У 82% пациенток с ГСД выявлена дислипидемия, средние значения общего ХС -  $5,8 \pm 0,1$  ммоль/л, ТГ -  $2,0 \pm 0,4$  ммоль/л, ХС ЛПВП -  $1,2 \pm 0,4$  ммоль/л, ХС ЛПНП -  $2,1 \pm 1,1$  ммоль/л. Изначально гликемия натощак -  $5,7 \pm 0,3$  ммоль/л, на фоне диетотерапии в поздних сроках беременности -  $4,5 \pm 1,2$  ммоль/л, ( $p \leq 0,05$ ), среднее значение постпрандиальной глюкозы крови при постановке диагноза -  $7,1 \pm 0,1$  ммоль/л, при наблюдении в поздних сроках беременности -  $6,0 \pm 0,4$  ммоль/л, ( $p \leq 0,05$ ).

Уровень HbA1c составил  $5,3 \pm 0,2\%$ .

У четверти беременных (24%) с ГСД и повторными беременностями в анамнезе выявлены неблагоприятные исходы: самопроизвольный аборт, «замершая» беременность.

Весь период беременности женщины принимали калия йодид в дозе 250 мкг в сутки. У большинства пациенток применялась только диетотерапия с тщательным мониторингом глюкозы крови не менее 7 раз в сутки, но у 20% беременных для достижения целевых уровней гликемии применялась инсулинотерапия с суточной дозой инсулина короткого/ультракороткого действия - 18 ЕД в сутки и инсулина продленного действия - 10 ЕД в сутки.

**Выводы.** Таким образом, по данным диспансерного наблюдения эндокринолога ГСД чаще возникает у женщин в возрасте старше 30 лет, с ожирением 1–2 степени и наследственностью по СД 2 типа. У трети беременных выявлена различная патология щитовидной железы, у четверти беременных с ГСД и повторными родами в анамнезе наблюдаются неблагоприятные исходы беременности, что требует тщательного обследования и лечения женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность.

#### **Литература**

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 11-й выпуск. – М.; 2023. – С. 153-157.

2. Дедов И.И., Краснопольский В.И., Сухих Г.Т. Российский национальный консенсус гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение// Сахарный диабет. - 2012. - Т. 15. - №4. - С. 4-10.

## ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ.

*Колпачева М.Г.<sup>1</sup>, Шевцова В.И.<sup>1</sup>, Добрынина И.С.<sup>1</sup>, Котова Ю.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет  
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

<sup>2</sup> БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая поликлиника № 4»

**Введение.** В Российской Федерации сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности населения на протяжении многих десятилетий [1]. В последние годы в практику отечественного здравоохранения внедрена диспансеризация, которая включает диагностику, оценку риска возникновения заболеваний, проведение профилактического консультирования и постановку на диспансерный учёт всех лиц с выявленными заболеваниями, в том числе и с высоким сердечно-сосудистым риском [2].

**Цель.** Изучить связь результатов диспансеризации взрослого населения в отношении раннего выявления ССЗ.

**Материал и методы.** В исследовании, проведенном на базе БУЗ ВО ВГКП №4, приняли участие 75 человек, прошедших диспансеризацию в марте 2023 года, из которых 41 женщина (54,67%) и 34 мужчины (45,33%). Средний возраст составил 58±4,6 лет. В ходе исследования пациенты были распределены на 3 возрастные группы: 1 группа 30-39 лет – 14 человек(18,67%), 2я группа 40-49 лет- 36 человек(48%), 3 группа- старше 50 -25 человек( 33, 3%).

Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с целью изучения результатов диспансеризации взрослого населения, отражающих профилактическую активность первичного звена здравоохранения в отношении ССЗ. Исследование состояло из 2х этапов. На первом этапе изучали частоту выявления модифицируемых факторов риска у граждан разного возраста: курения, употребления алкоголя, низкой физической активности, нерационального питания, уровня артериального давления, повышенной массы тела (индекс массы тела  $\geq 25,0$  кг/м<sup>2</sup>), гиперхолестеринемии  $\geq 5$  ммоль/л и гипергликемии  $\geq 6,1$  ммоль/л. На втором этапе исследовали суммарный абсолютный риск ССЗ у пациентов в возрасте от сорока лет и старше, а для пациентов до 40 лет использовалась шкала относительного риска.

**Результаты.** Среди пациентов, принявших участие в исследовании, больные с ССЗ составили 55%. Среди них у 44,4% - ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания - у 18,3%.

При анализе распространенности модифицируемых факторов риска ССЗ на первом этапе исследования определено, что в молодом возрасте (группа 1) при диспансеризации чаще регистрируется корреляция впервые выявленных ССЗ с факторами нездорового образа жизни, а именно: 38,4% пациентов курили, 45,8% периодически употребляли алкоголь, и 43,3% вели малоподвижный образ жизни. У пациентов в возрасте 40-49 лет (группа 2) выявляемыми факторами риска было курение (35,6%), низкая физическая активность (56,1%) и неправильное питание (44,8%). Пациенты в группе 3 (старше 50 лет) реже употребляли алкоголь (18,5%) и курили (25,7%), однако в этой группе лидирующим фактором риска явилась низкая физическая активность(64,4%).

Курящие пациенты в возрасте 30–39 лет чаще имели ИМТ $\geq$ 25,0 кг/м<sup>2</sup>, однако в старшей и средней возрастной категории не было связи между курением и другими модифицируемыми факторами риска. Гиперхолестеринемия в старших и средних возрастных категориях (40-49 и старше 50 лет) наблюдалась у 37,01% и 46,3% соответственно. У пациентов в старшей группе также отмечалась гипергликемия (37,5%). Таким образом метаболические нарушения в пожилом возрасте являются главной причиной рисков ССЗ.

Высокое артериальное давление является одним из основных факторов риска всех возрастных категорий[3]. Анализ результатов диспансеризации показал, что 49,5% пациентов уже имели в анамнезе диагноз гипертоническая болезнь.

На втором этапе исследования исследовали суммарный абсолютный риск ССЗ у лиц старше 40 лет и относительных сердечно-сосудистый риск у пациентов в возрасте 30–39 лет. При оценке относительного риска у лиц моложе 40 лет, низкий риск был выявлен 35,7% пациентов, умеренный риск выявлен у 50%, а высокий у 14,28% пациентов.

В результате подсчета суммарного абсолютный риск ССЗ у пациентов второй возрастной группы (40–49 лет) было выявлено 7% пациентов с очень высоким риском развития сердечно-сосудистой смерти, 12% пациентов с высоким риском, 36% пациентов со средним риском и 45% пациентов с низким риском сердечно-сосудистой смерти в ближайшие 10 лет. В третьей возрастной группе (от 50 лет) 23% пациентов имели очень высокий риск, 26% высокий риск и 51 % умеренный риск. Низкого риска у пациентов старше 50 лет выявлено не было.

### **Выводы**

1. В молодом возрасте (30-39 лет) при диспансеризации чаще регистрируется корреляция впервые выявленных ССЗ с факторами нездорового образа жизни (курения, употребления алкоголя, низкой физической активности, нерационального питания). В то время как в возрасте старше сорока лет на первое место выходят корреляция впервые выявленных ССЗ с метаболическими нарушениями.

2. Суммарный абсолютный риск фатальных и нефатальных СС осложнений увеличивается с возрастом. У пациентов в возрасте от 50 лет чаще выявлялся высокий и очень высокий риск развития сердечно-сосудистой смерти в ближайшее 10 лет.

### **Литература**

1. Калинина А. М., Кушунина Д. В., Горный Б. Э., Антонов К. А., Бетяева О. В., Соколов Г. Е. Потенциал профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации взрослого населения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019 Т.18, №4. С.69-76. doi:10.15829/1728-8800-2019-4-69-76.

2. Демографический ежегодник России. 2021: Стат.сб./ Росстат.-М., 2021.– 256 с

3. Корчагин В.В., Страхова Н.В., Шевцова В.И. Характеристика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в отдельных возрастных категориях на поликлиническом этапе // Профилактическая медицина. 2018. Т. 21. № 2-2. С. 102-103.

## СРАВНЕНИЕ ШКАЛ SCORE2 И SCORE ДЛЯ РАСЧЕТА 10-ЛЕТНЕГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

*Колпачева М.Г., Шевцова В.И., Котова Ю.А.*

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

**Введение.** Заболевания сердечно-сосудистой системы, а также их осложнения остаются ведущими причинами смертности в экономически развитых странах, в число которых входит Российская Федерация, несмотря на достигнутые успехи в их терапии [1]. В 2021 году для расчета риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий был предложен новый алгоритм SCORE2-OP [2]. Рекомендации по кардиоваскулярной профилактике постулируют о возможном использовании как шкалы SCORE, так и SCORE2-OP [3]. В связи с этим актуально проанализировать различия в результатах расчета риска по двум шкалам.

**Цель исследования.** сравнить риск сердечно-сосудистых событий у амбулаторных пациентов с использованием обновленного алгоритма SCORE2 с алгоритмом SCORE.

**Материалы и методы.** В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 37 электронных медицинских карт амбулаторных пациентов БУЗ ВО ВГКП №1. Критерием включения в исследование являлся возраст старше 40 лет, отсутствие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета. Был произведен анализ следующих показателей: табакокурение, уровень общего холестерина, ХС не ЛВП (ОХС-ЛВП=ХС не ЛВП), уровень систолического артериального давления, рассчитан риск ССС по шкалам SCORE, SCORE2 [4]. Произведена сравнительная оценка между результатами SCORE и обновленным алгоритмом SCORE2-OP.

**Результаты и обсуждение.** Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе были проанализированы средние значения показателей всех пациентов, независимо от пола и возраста. Среднее значение уровня артериального давления составило  $132,9 \pm 13$ , 7мм.рт.ст., общего холестерина  $5,3 \pm 0,8$  ммоль/л, Хс не ЛВП  $4,1 \pm 0,6$  ммоль/л, балл по SCORE  $3,3 \pm 5,7$ , балл по SCORE2  $14,6 \pm 12,6$ .

На следующем этапе были рассмотрены и рассчитаны средние результаты показателей для каждой группы пациентов с учётом возраста и пола. Пациенты были поделены на 3 возрастные когорты. Отмечалось значимое увеличение в цифровых показателях SCORE2 по сравнению со SCORE во всех возрастных группах. В группе пациентов младше 50 лет среднее значение у женщин составило по шкале SCORE 0, по шкале SCORE2  $6,1 \pm 1,95$ ; у мужчин по шкале SCORE  $1,2 \pm 0,8$ , по шкале SCORE2  $9,9 \pm 2,9$ . Среди пациентов, входящих в возрастную группу 50-69 лет, у женщин среднее значение составило  $1 \pm 1,6$  по шкале SCORE,  $10,2 \pm 5,4$  по шкале SCORE2; у мужчин  $5,6 \pm 2,2$  по шкале SCORE,  $17,4 \pm 3,7$  по шкале SCORE2. Самые высокие средние значения SCORE2 наблюдались в группе пациентов 70 лет и старше. В этой когорте у женщин среднее значение SCORE составило  $7,5 \pm 0,7$ , SCORE2  $54 \pm 5,7$ ; у мужчин  $23,5 \pm 7,8$  по шкале SCORE,  $38,5 \pm 7,8$  по шкале SCORE2.

На третьем этапе рассчитан риск сердечно-сосудистых заболеваний по новому алгоритму SCORE2 и алгоритму SCORE.

В исследованной когорте 13 пациентов имели низкий риск развития сердечно-сосудистых событий (12 пациентов по шкале SCORE, 1 пациент по шкале SCORE2), 25 пациентов подверглись умеренному риску (15 пациентов по шкале SCORE, 10 пациентов по шкале SCORE2), 28 пациентов были в числе очень высокого риска, в т.ч. все пациенты курильщики в количестве 15 человек (2 пациента по шкале SCORE, 26 пациентов по шкале SCORE2).

При проведении расчёта выяснилось, что большинство пациентов относятся к умеренному риску сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE, а по обновленному алгоритму SCORE2 - к очень высокому риску.

В контексте данного исследования, а также в рамках первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, использование SCORE2-OR является более эффективным инструментом расчета риска.

**Выводы.** 1. Выявлено значимое увеличение категории риска, рассчитанного по SCORE2 в сравнении со SCORE во всех возрастных группах. 2. При использовании шкалы SCORE2 пациент попадает в категорию более высокого риска, в связи с чем есть возможность выбора неверной тактики первичной профилактики при расчете риска по шкале SCORE.

#### **Литература**

1. Бойцов СА, Погосова НВ, и соавт. Кардиоваскулярная профилактика 2022. // Российские национальные рекомендации. – 2022. – С. 3-4.

2. Ерина, А.М., Усольцев, Д.А., Бояринова, М.А., Колесова, Е.П., Могучая, Е.В., Толкунова, К.М., Алиева, А.С., Ротарь, О.П., Артемов, Н.Н., Шальнова, С.А., Конради, А.О., Драпкина, О.М., Бойцов, С.А., Шляхто, Е.В. Потребность в назначении гиполипидемической терапии в российской популяции: сравнение шкал SCORE и SCORE2 (по данным исследования ЭССЕ-РФ). // Российский кардиологический журнал. – 2022. – 27(5) – С. 8-9.

3. 2021 Рекомендации ESC по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике // Российский кардиологический журнал. - 2022. - 27(7).- С.216-217.

4. Chipayo-Gonzales, David; Ramakrishna, Harish; Nuñez-Gil, Ivan J Score2: A New Updated Algorithm to Predict Cardiovascular Disease Risk in Europe / Chipayo-Gonzales, David; Ramakrishna, Harish; Nuñez-Gil, Ivan J // Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. — 2022. — № 1. — С. 18-21.

ОЦЕНКА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ КАНЗАССКОГО ОПРОСНИКА  
ДЛЯ БОЛЬНЫХ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (КССС)

*Котова Ю.А., Шевцова В.И., Колпачева М.Г.*

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

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой конечный результат развития сердечно-сосудистого заболевания, чаще на фоне ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда и артериальной гипертензии [1]. Исследование качества жизни таких больных базируется на анализе данных самостоятельной оценки ограничений, обусловленных ХСН, а основным инструментом для получения данных является опрос пациентов [2]. Одним из доступных для исследования качества жизни является Канзасский опросник для больных кардиомиопатией (КССС). Он представляет собой самостоятельно заполняемый пациентом опросник из 23 пунктов, которые объединяются в 6 доменов: физические ограничения, симптомы, изменение со временем симптомов, самоэффективность и знание, влияние на социальную сферу и качество жизни [3]. Для упрощения интерпретации были разработаны два суммарных показателя: показатель функционального статуса, объединяющий домены физических ограничений и симптомов, и суммарный клинический показатель, который вычисляется с учетом функционального статуса и доменов качества жизни и социального ограничения [2].

**Цель.** Сравнительный анализ качества жизни по субъективной (опросник КССС) и объективной (ШОКС) шкалам.

**Материалы и методы исследования.** В ходе исследования были проведены опрос и осмотр 70 пациентов, состоящих на диспансерном учете у кардиолога в БУЗ ВО «ВГКПН№1». Критерий включения в исследование – наличие у пациентов ХСН ФК III-IV. В исследовании участвовали пациенты мужского и женского пола в возрасте от 55 до 89 лет. Были проведены анкетирование пациентов с применением Канзасского опросника для больных кардиомиопатией (КССС) и осмотр с оценкой клинического состояния по ШОКС с последующими анализом и сопоставлением полученных результатов.

Исследование состояло из трех этапов. На первом этапе было проведено анкетирование пациентов с помощью Канзасского опросника для больных кардиомиопатией (КССС). Следующим этапом являются опрос и общий осмотр пациента с оценкой клинического состояния при помощи шкалы ШОКС. Завершающим этапом исследования является сопоставление результатов Канзасского опросника для больных кардиомиопатией (КССС), отражающих субъективный статус пациента, с результатами ШОКС.

**Результаты.** В ходе исследования в амбулаторных условиях был опробован Канзасский опросник для больных кардиомиопатией (КССС), позволяющий отразить физические ограничения и качество жизни пациентов с ХСН в виде балльной системы. Данный опросник продемонстрировал удобство своего применения, поскольку является понятным для возрастных пациентов, не вызывает трудности заполнения и не требует много времени на ответ.

У 66% анкетированных пациентов суммарный клинический показатель находился в пределах 30-49%, что соответствует низкому качеству жизни с серьезным ограничением в физической функции и других аспектах жизни. У 18% анкетированных пациентов (данный показатель находится в пределах 0-29%, что соответствует очень низкому качеству жизни с максимальной степенью ограничений в физической функции и других аспектах жизни. И у 16% анкетированных пациентов суммарный клинический показатель составляет 50-69%, что соответствует умеренному качеству жизни, наличию заметных ограничений в физических аспектах жизни. Обращает на себя внимание тот факт, что в ходе исследования ни у одного из опрошенных пациентов не было получено результатов, соответствующих показателям высокого или хорошего качества жизни.

Проведенные вторым этапом опрос и объективный осмотр пациентов с применением шкалы ШОКС позволяют сделать вывод, что у 70% обследованных пациентов – III ФК ХСН по NYHA, у 30% обследованных пациентов – II ФК ХСН по NYHA.

Сопоставление результатов, полученных с применением Канзасского опросника для больных кардиомиопатией (KCCQ) и ШОКС, позволяют отметить, что значения в диапазоне 0-29% (очень низкое качество жизни) и 30-49% (низкое качество жизни) характерны для пациентов с III ФК ХСН по NYHA, согласно ШОКС; значения в диапазоне 50-69% (умеренное качество жизни) – преимущественно для пациентов с II ФК ХСН по NYHA, согласно ШОКС, но так же может быть и у пациентов с III ФК.

#### **Выводы:**

1. При оценке результатов опросника KCCQ у большинства пациентов (84%) определено низкое и очень низкое качество жизни с серьезным или максимальным ограничением в физической функции и других аспектах жизни.

2. Проведенное сопоставление результатов опросника KCCQ и ШОКС свидетельствуют о положительной зависимости результатов субъективной и объективной оценки клинического статуса пациентов.

3. Опросник KCCQ может быть использован медицинскими работниками для дистанционной оценки качества жизни пациентов с ХСН с целью определения необходимости изменения тактики ведения пациента.

#### **Литература:**

1. Виноградова Н.Г. Анализ смертности у пациентов с ХСН после декомпенсации при длительном наблюдении в условиях специализированной медицинской помощи и в реальной клинической практике / Н.Г. Виноградова, Д.С. Поляков, И.В. Фомин // Кардиология. – 2020. – Т. 60, N4. – С. 91-100.

2. Зависимость качества жизни от стадии и течения заболевания у пациентов с хронической сердечной недостаточностью / В.И. Шевцова, М.А. Головенко, Е.Ю. Есина [идр.] // В сборнике: Молодежь и медицинская наука. Материалы VIII Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием. – 2021. – С. 398-402.

3. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022 / О.М. Драпкина, А.В. Концевая, А.М. Калинина [идр.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, N 4. – С. 5-232.

## ДИАГНОСТИКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА В РАМКАХ УГЛУБЛЕННОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

*Шевцова В.И., Котова Ю.А., Колпачева М.Г.*

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

**Актуальность.** По мере наблюдения за течением и последствиями коронавирусной инфекции исследователи определили сохраняющиеся проявления болезни уже после перенесённого заболевания. Термин «пост-COVID-синдром» обычно используется для обозначения различных физических и психологических симптомов, которые продолжают после разрешения острой фазы [1]. Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке», на всей территории Российской Федерации стартовала программа углубленной диспансеризации для лиц, перенёвших COVID-19[2].

**Цель.** Изучить проявления постковидного синдрома у лиц, перенёвших коронавирусную инфекцию.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКП 4 (филиал 2). В исследовании приняли участие 85 пациентов, которые ранее перенесли COVID-19, и проходившие углубленную диспансеризацию. Пациенты были разделены на 3 возрастные группы: 1 группа – 18-44 лет; 2 группа – 45-59 лет; 3 группа- 60-75 лет. Среди пациентов было проведено анкетирование, в ходе которого были выяснены тяжесть течения заболевания, основные проявления постковидного синдрома и наличие хронических заболеваний у пациентов. Также был проведен ретроспективный анализ данных амбулаторных карт пациентов.

**Результаты.** Среди пациентов, принявших участие в исследовании, мужчины составили 78% (средний возраст  $30,26 \pm 3,45$  лет), женщины – 22% (средний возраст равен  $40,09 \pm 6,14$  лет).

На первом этапе исследования были проанализированы симптомы постковидного синдрома в зависимости от пола. У женщин наиболее часто отмечались жалобы на слабость(75%), сухость кожных покровов и выпадение волос (72,54%), головные боли (58,73%)и нарушение настроения (44%). Мужчины чаще отмечали слабость (69%), одышку (78%),ощущение сердцебиения (29%), миалгии и боли в суставах (42%).

На втором этапе исследования были проанализированы симптомы постковидного синдрома в возрастном аспекте. В 1 возрастной категории (18–44 года) пациенты, помимо утомляемости (77%) отмечали нарушение вкуса (73%), потливость (81%), головные боли и головокружения (26%). Во 2-й возрастной категории (45–59 лет) пациенты преимущественно жаловались на миалгии (75%), одышку (62%) и снижение памяти (59%). Больные из 3-й группы (старше 60 лет) отмечали одышку (73%), снижение памяти (79%) и головокружения (52%).

При анализе анкет обращает на себя распространенность таких симптомов, как одышка и утомляемость, эти симптомы были наиболее часто выявлены у обоих полов и во всех возрастных группах. При этом встречаемость одышки

увеличивается с возрастом. Определено, что почти 70% пациентов, которые имели одышку в постковидном периоде, курили сигареты на протяжении 10 лет. Можно предположить, что одышка может быть не только проявлением постковидного синдрома, но и являться симптомом проявившегося заболевания, например хронической обструктивной болезни лёгких у пациентов.

На третьем этапе были проанализированы данные амбулаторных карт пациентов. В результате углубленной диспансеризации пациентам были установлены следующие группы здоровья: II группа здоровья установлена 23 (27,38%) пациентам, IIIА – 53 (62,35%), IIIБ – 9 (10,6 %). Лица, которые перенесли НКВИ и не имели сопутствующих заболеваний составили всего 12,3%. Остальные пациенты, перенесли COVID-19 на фоне неинфекционных хронических заболеваний: гипертонической болезни (49,4%), сахарного диабета 2 типа (40%), бронхиальной астмы (22%), хронической сердечной недостаточности (7%), хронической болезни почек (3%).

В ходе углубленной диспансеризации пациентам проводилась оценка лабораторных показателей (уровень глюкозы крови, общий холестерин, ЛПНП, С-реактивный белок, уровень АЛАТ, АСАТ и креатинин). По результатам дополнительного обследования у 32% исследуемых были впервые диагностированы отклонения: гипергликемия у 31,25% пациентов (средний уровень глюкозы  $7,8 \pm 2,8$  ммоль/л), гиперхолестеринемия – у 25% (уровень общего холестерина  $5,8 \pm 1,8$  ммоль/л, ЛПНП –  $3,1$  ммоль/л).

#### **Выводы.**

1. Наиболее часто встречающимся симптомом постковидного синдрома у женщин и мужчин явилась одышка, этот симптом встречался в каждой возрастной группе.

2. Частота нарушений когнитивных функций (памяти) увеличивалась с возрастом.

3. Больше половины пациентов (62,35%), которые ранее перенесли COVID-19, в ходе диспансеризации получили IIIА группу диспансерного учёта.

#### **Литература**

1. Шостаковская Анастасия Сергеевна, Жабурова Мария Олеговна, Яцков Игорь Анатольевич КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА // StudNet. 2022. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-proyavleniya-postkovidnogo-sindroma> (дата обращения: 01.10.2023).

2. Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н (ред. От 01.02.2022) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2021 N 64042).

## КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПАДЕНИЙ В БЫТУ

*Пайкова А.С., Александров М.В.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** В Российской Федерации 25% населения страны (около 37 млн. человек) составляют люди пенсионного возраста, в их числе около 9% (13,2 млн.) старше 70 лет. Пожилые люди зачастую не знают, забывают или пренебрегают основными правилами безопасности в быту и становятся жертвами несчастных случаев, травм и падений [1]. В результате может резко ухудшиться физический и социальный статус лиц старших возрастных групп, приводя к снижению качества жизни, инвалидности, зависимости от окружающих. Привлечение внимания лиц пожилого и старческого возраста к повышению безопасности быта и профилактике бытового травматизма является одной из актуальных проблем гериатрии [2]. Профилактическое консультирование – один из способов привлечения внимания лиц пожилого и старческого возраста к профилактике бытового травматизма.

**Цель:** оценить безопасность бытовых условий пациентов пожилого и старческого возраста и разработать программу профилактического консультирования (ПК) по безопасности быта и профилактике падений для данной категории больных.

**Материалы и методы.** На базе ОБУЗ ИКБ им. Куваевых обследовано 43 пациента (средний возраст  $75,6 \pm 6,7$  года, женщин было 85,7%, мужчин - 14,3%). Все больные имели гипертоническую болезнь II или III стадии, 26,2% - различные формы ИБС, 91,4% - остеоартроз суставов нижних конечностей, 72,4% - дорсопатии, 78,6% - хроническую ишемию головного мозга. У всех пациентов был выявлен синдром полимрибидности: более 5 заболеваний имели 72,2%, у остальных их было 3 - 4. В соответствии с общепринятыми рекомендациями были выделены базовые составляющие безопасности быта у лиц пожилого и старческого возраста: безопасность на улице и в квартире, в ванной комнате, на кухне, и разработана обучающая программа. Для оценки бытовых проблем пациентов была составлена анкета.

**Результаты.** Для скрининговой оценки когнитивного статуса в первую часть анкеты был включён тест рисования циферблата. По результатам оценки, 24 пациента (57,1%) получило 8 баллов и более, что свидетельствовало об отсутствии у них когнитивных нарушений и противопоказаний к проведению профилактического консультирования. По данным опроса, 81% пациентов самостоятельно ходят в магазин или аптеку, 45,2% выходят на улицу зимой после снегопадов и в гололёд, но лишь 33,3% при этом используют обувь с противоскользящей подошвой, 11,9% используют ортопедическую обувь. Тростью в качестве опоры пользуются 54,8% пациентов. Большинство пациентов (59,5%) живут одни, 61,9% выше 2 этажа, лифт в доме имеется лишь у 11,9% респондентов. Подавляющее большинство пациентов указывают на хорошую освещённость лестничных площадок в подъезде и коридоров в квартире (92,7% и 100% соответственно). Узкие коридоры в жилых домах отмечают 52,4% опрошенных, перешагивать через пороги и провода приходится 19,1% пациентам. Ковёр в качестве напольного покрытия является одним из внешних факторов

риска падения, однако, лишь у 14,3% респондентов ковры заправлены под мебель, у 4,8% ковровые покрытия прикреплены к полу, у 23,8% ковры на полу отсутствуют. В то же время у 57,1% незакрепленные ковры свободно лежат на полу. Лишь 23,8% больных используют дома наиболее безопасные тапки с задниками. На прикроватной тумбочке необходимый минимум (лекарственные препараты, стакан с водой, настольная лампа) имеют только 7,1% опрошенных. Говоря о безопасности санузла следует отметить, что ночью путь в туалет подсвечивается у 76,2%, противоскользящие коврики в ванной имеют 57,1%, поручни в ванной и туалете 26,2%, а задумываются о необходимости их наличия для собственной безопасности 73,8%. На вопрос «Как Вы достаёте до кухонных шкафов?» получены следующие ответы: 26,2% пациентов встают на цыпочки, 19,1% используют для этой цели табуретку, 7,1% - лесенку или просят помочь родственников. У 40,5% полки находятся на высоте, позволяющей самостоятельно достать до них без использования вспомогательных средств. Слишком горячие батареи имеются в квартирах у 31,0% пациентов, 21,4% сразу подставляют руки под кран при включении горячей воды. Одним из направлений безопасности и профилактики падений является занятие лечебной физкультурой для увеличения силы мышц. 54,8% респондентов выразили желание заниматься лечебной физической культурой, а 11,9% уже делают это. По окончании профилактического консультирования слушателям было предложено ранжировать полученные знания по степени важности и возможности применения в быту. Опрос подтвердил, что проблемы безопасности быта актуальны для слушателей, а форма изложения материала доступна и хорошо усваивается.

#### **Выводы.**

1. Анкетирование по вопросам безопасности быта позволило выявить наличие проблем у большинства пациентов пожилого и старческого возраста, которые живут одни и самостоятельно передвигаются по улице.

2. Опыт проведения консультирования по вопросам безопасности быта свидетельствует о возможном его внедрении в медицинских учреждениях для улучшения качества и безопасности жизни пациентов старших возрастных групп.

#### **Литература**

1. К проблеме когнитивных расстройств у больных артериальной гипертонией пожилого и старческого возраста /С.Е. Ушакова, М.В. Александров, Н.В. Будникова, В.В. Линьков // Лечебное дело. – 2016. - №1. – С. 8-18.

2. Пайкова А.С., Ушакова С.Е. распространённость старческой астении и нарушений мобильности у лиц старших возрастных групп. // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2019. – т. 24. № 3. С. 37 – 40.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ  
В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДДЕМЕНТНЫХ И ДЕМЕНТНЫХ РАССТРОЙСТВ  
У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

*Лакутин А.А.<sup>1</sup>, Емельянцева Т.А.<sup>1</sup>, Корзун В.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Борисовская центральная районная больница», г. Борисов, Республика Беларусь

**Актуальность.** Болезнь Альцгеймера (далее – БА) является основной причиной деменции [1]. Научные и клинические исследования в области БА в настоящее время направлены на раннюю диагностику переходной фазы между преддементным и дементным расстройством [2]. Своевременное обнаружение преддементного расстройства и последующая терапия соответствующими лекарственными препаратами может иметь решающую роль в профилактике быстрого прогрессирования когнитивного снижения при БА [3].

**Цель.** Оценить эффективность нейропсихологических шкал MMSE, FAB и MoCA в диагностике преддементных и дементных расстройств, связанных с БА.

**Материал и методы.** В исследование вошли 85 пациентов (М/Ж=26/59 (30,6%/69,4%)) с когнитивными расстройствами вследствие БА в возрасте 74±12,5 лет.

Определение степени когнитивного снижения у пациентов с БА проводилось с одновременным использованием следующих нейропсихологических шкал: краткая шкала оценки психического статуса (The Mini-Mental State Examination, MMSE); батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery, FAB) (с учетом сопутствующих нарушений мозгового кровообращения); Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA).

Оценка эффективности указанных методик в диагностике преддементных и дементных расстройств у пациентов с БА проводилась с использованием логистического регрессионного анализа в программе SPSS 23.0. Для сопоставления качества прогностичности логистических регрессионных уравнений и взаимозависимости предиктора, а также переменной отклика были использованы показатели AUC (площади под ROC-кривой) и R<sup>2</sup> Найджелкера (значения от 0 до 1).

**Результаты.** По результатам сравнительного анализа использования нейропсихологических шкал MoCA, MMSE, FAB в диагностике преддементных и дементных расстройств у пациентов с БА было установлено, что наибольшей прогностической значимостью обладает шкала MoCA (AUC=0,955; R<sup>2</sup>=0,715; p<0,001). Использование шкалы MMSE также показало высокую прогностическую значимость в диагностике преддементных и дементных расстройств (AUC=0,91; R<sup>2</sup>=0,625; p<0,001). Наименьшую прогностическую значимость показала шкала FAB (AUC=0,73; R<sup>2</sup>=0,203; p<0,01). Для шкалы MoCA чувствительность составила 80%, специфичность – 93,4%; для MMSE чувствительность – 57,1%, специфичность – 90,9%; для FAB чувствительность – 30%, специфичность – 91,2%.

**Выводы.** Наиболее высокой прогностической значимостью в диагностике преддементных и дементных расстройств у пациентов с БА обладает шкала MoCA (AUC=0,955; R<sup>2</sup>=0,715; p<0,001). Чувствительность и специфичность шкалы MoCA составила 80% и 93,4% соответственно.

### **Литература**

1. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* – 2023. – iss. 4. – P. 1598–1695.
2. Pinto, T.C. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's Disease (AD) in the elderly? / T.C.Pinto, L.Machado, T.M.Bulgacov[et al] // *IntPsychogeriatr.* – 2019. –iss.4. – P.491-504.
3. Li, H. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: a meta-analysis / H.Li, J.Li, N.Li [et al]// *Ageing Research Reviews* –2011. – Vol.10. – iss.2. – P.285-296.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТАХ МОЗЖЕЧКА

Губская К.В.<sup>1</sup>, Жашуева А.Т.<sup>2</sup>, Линьков В.В.<sup>1</sup>, Синицына Л.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

<sup>2</sup>ОБУЗ «Городская клиническая больница №3 г. Иванова»

**Актуальность.** Острые нарушения мозгового кровообращения являются одной из основных причин смертности и инвалидности взрослого населения [1,2,3]. Инфаркты мозжечка (ИМ) являются одной из основных причин смертности и летальности при инсультах. Локализация ИМ зависит от зоны нарушенного кровоснабжения в бассейнах верхней (ВМА), передней нижней (ПНМА) и задней нижней мозжечковых артерий (ЗНМА). Частыми причинами, снижающими эффективность консервативной терапии в раннем восстановительном периоде при ИМ являются: инвалидизирующий мозжечковый дефицит, ортостатическая гипотензия, когнитивные расстройства [3].

**Цель исследования.** Оценить эффективность консервативной терапии в раннем восстановительном периоде у больных с ИМ.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено в неврологическом отделении ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иванова. Проведен анализ историй болезни 64 пациентов с ИМ (в бассейне ВМА – 22 (34,38 %), ПНМА – 6 (9,38 %), в ЗНМА – 36 (56,25 %) человек) в возрасте  $49 \pm 1,5$  года. Диагноз ИМ был верифицирован с помощью нейровизуальных исследований (КТ и/или МРТ головного мозга). Оценку эффективности консервативной терапии проводили на основе анализа динамики показателей общего состояния пациентов, выраженности функциональных нарушений ЦНС (шкалы Рэнкина и NIHSS), времени восстановления центральной гемодинамики (контроль АД), динамики толерантности к физической нагрузке, выраженности когнитивных нарушений (ММСЕ), динамики церебрального кровотока (дуплексное сканирование экстра- и интракраниальных артерий), состояния вегетативной регуляции (кардиоритмограмма (КРГ) и микрогемоциркуляции (лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ)).

**Результаты исследования и обсуждение.** У всех пациентов наблюдалась общая положительная динамика клинического статуса. Вместе с тем установлены статистически различия ( $r=0,0353$ ;  $p<0,05$ ) показателей mRs критерия при ИМ в бассейнах ВМА и ЗНМА в сравнении с ИМ в ПНМА. При ИМ в сочетании с СД, ИБС, ХСН, аритмиями эффективность терапии была ниже, отсутствовал оптимальный ответ в 37,50 % случаев. При низких показателях кровотока по ВСА до  $54,8 \pm 10,3$  мм/с, деформациях и/или атеросклеротических изменениях (утолщение КИМ, стенозы более 60 %) ИМ протекал тяжелее ( $r = 0,363$ ,  $p < 0,001$ ), наблюдались более выраженные когнитивные нарушения, эффективность терапии была лишь с частичным регрессом неврологических нарушений. Гемодинамически значимые стенозы артерий выявлены у 25 % больных с летальным исходом после ИМ, у 12,50 % – с тяжёлой степенью инвалидизации, у 21,88 % – с умеренными нарушениями жизнедеятельности. Определялась умеренная корреляционная связь ( $r= 0,452$ ;  $p < 0,05$ ) между объемом поражения ИМ и гиперлипидемией. Установлены нарушения жизнедеятельности при выписке тяжелой степени – у 17 (26,56 %), выраженной – у 20 (12,8 %), умеренной – у 27 (42,19 %) больных. При повторном ИМ в 2,3 раза повышался риск развития тяжёлых неврологических

нарушений. Оптимальный ответ на проведение консервативной терапии отсутствовал при нарушениях микроциркуляции (МЦ) спастического типа 2-й и 3-й степени тяжести (снижение тканевого кровотока до 15–25 % и 30–40 %, соответственно), а также при снижении адаптационного резерва по КРГ - чаще встречались тяжёлые неврологические расстройства у 15,3 % против 8,2 % больных с достаточным адаптационным ресурсом. Установлена взаимосвязь тяжести течения ИМ и неблагоприятных исходов (нарушения передвижения, самообслуживания с высокой степенью инвалидизации, нарушениями когнитивных функций) с наличием от 2 до 5 зон диашиза при mRs3–4 балла ( $r = 0,433$ ;  $p < 0,001$ ), более 5 зон при mRs5 баллов ( $r = 0,436$ ;  $p < 0,001$ ), отсутствие оптимального ответа на консервативную терапию наблюдалось у 21,18 % пациентов против 5,88 % больных с ИМ без развития диашиза ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Выявлены клинические и параклинические факторы, влияющие на эффективность консервативной терапии пациентов с ИМ, которые необходимо учитывать в клинической практике сосудистых центров.

#### Литература

1. Evolution of diaschisis in a focal stroke model / S.T. Carmichael, K. Tatsukawa, D. Katsman[et al.] // Stroke. – 2004. – Vol. 35. – P. 758–763;
2. Recommendations for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association / E. Wijdicks, K. Sheth, B. Carter [et al.] // Stroke. – 2014. – Vol. 45, № 4. – P. 1222–1238.
3. Serebellarİnfarktlarda Risk FaktörleriveKlinikÖzellikler / T. A. Özcan, A. Mutlu, F. Özer[et al.] // Kocatepe Tıp Dergisi. – 2013. – Vol. 14, № 3. – P. 2–6.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СОМАТОСЕНСОРНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ

Линьков В.В.<sup>1</sup>, Гулаев Е.В.<sup>2</sup>, Гаранина Е.С.<sup>1</sup>, Соломонова Т.В.<sup>3</sup>, Шапкина О.К.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

<sup>2</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Минздрава России, г. Москва

<sup>3</sup> ОБУЗ «Городская клиническая больница №3 г. Иванова»

**Актуальность.** Важность анализа интраоперационного нейрофизиологического мониторинга (ИОНМ) соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) у пациентов с грыжами межпозвонковых дисков (ГМД) обусловлена: большой частотой (до 10%) неврологических осложнений спинальных операций, важностью объективизации функционального состояния поражения периферического моторного и чувствительного нейронов, включая корешковый уровень [1, 2].

**Цель** - дать оценку показателям ССВП ИОНМ при дискэктомии у больных с ГМД и оценить их зависимость от возраста, гендерных и антропометрических данных.

**Материал и методы.** На базе нейрохирургического отделения для спинальных больных ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» осуществлен ИОНМ ССВП нижних конечностей при помощи аппарата «Neuro-IOM» и программного обеспечения фирмы ООО «Нейрософт» (Россия). В исследование включены 56 пациентов с ГМД (34 мужчины и 22 женщины). Левосторонняя радикулопатия выявлена у 22, правосторонняя – у 28, двухсторонняя — у 6 человек. Средний возраст больных: 45,76 ± 10,70 лет, средний рост: 172,4 ± 9,0 см, средний вес: 80,4 ± 14,3 кг. Критерии включения в исследование: пациенты с подтверждённой при помощи МРТ ГМД L4/L5 или L5/S1, наличие дискогенной радикулопатии/радикулопатии, операция дискэктомия с/без ламинэктомии, отсутствие тяжелой соматической патологии, возраст больных от 18 до 60 лет. Критерии исключения: нервно-мышечные заболевания, паранеопластические синдромы, острая и хроническая полинейропатия, хроническая соматическая патология в стадии декомпенсации. Во время дискэктомии определялись показатели ССВП коркового ответа P38 и N46 ног, выполнялась стимуляция n. tibialis с обеих сторон в зоне медиальной лодыжки импульсами постоянного тока частотой от 3,12 до 4,72 Гц, продолжительностью 200 мкс, амплитудой от 15 до 90 мА. Для получения одного результата ССВП применялось усреднение от 200 до 500 стимулов (в зависимости от выраженности ответа ССВП). ССВП ответ регистрировался при помощи corkscrow-электродов с поверхности головы по 3 каналам Cz-Fz, C3-Fz и C4-Fz по международной системе наложения электродов ЭЭГ «10-20%» [1, 2].

**Результаты.** Полной утраты проведения ССВП не зарегистрировано ни в одном случае. Отмечены увеличенная латентность и меньшая амплитуда показателей, а также вариабельность ответов в условиях общей анестезии. Полного функционального восстановления проводимости двигательных и чувствительных корешков при ГМД на момент окончания микродискэктомии, а также через 5-7 дней после операции на пораженной стороне даже при значительном уменьшении болевого синдрома не происходит. Максимальная

латентность ССВП при стимуляции n. tibialis на стороне поражения:  $45,1 \pm 3,8$  мс, на здоровой стороне:  $43,4 \pm 3,1$  мс; минимальная латентность на стороне поражения:  $42,7 \pm 3,5$  мс, на здоровой стороне:  $41,1 \pm 3,2$  мс. Показатель средней латентности при одностороннем поражении на стороне поражения:  $43,74 \pm 4,74$  мс, на здоровой стороне:  $42,12 \pm 4,49$  мс ( $P < 0,05$ ); при двухстороннем поражении:  $45,17 \pm 2,97$  мс и  $53,09 \pm 3,67$  мс ( $P < 0,001$ ). Таким образом, максимальная, минимальная и средние показатели латентности ответов статистически различались. При двухсторонних ГМД латентность пиков Р38 и N46 была значительно выше по сравнению с односторонней ГМД. Латентности ССВП Р38 и N46 на пораженной стороне были достоверно выше у мужчин. Возраст больных достоверно не влиял на показатели ССВП. Значение Р38 у мужчин на стороне поражения составило  $44,67 \pm 3,85$ , в сравнении с женщинами ( $40,35 \pm 4,37$ ); значение N46 у мужчин -  $52,56 \pm 4,56$ , а у женщин -  $48,22 \pm 4,84$ ; значение амплитуды Р38-N46 у мужчин —  $0,99 \pm 0,74$ , в сравнении с женщинами ( $1,04 \pm 0,53$ ) ( $P < 0,05$ ). Отмечена взаимосвязь латентности пиков Р38 и N46 на стороне ГМД и здоровой стороне с уровнем поражения спинномозговых корешков и ростом, в меньшей степени - с весом больных. Значения Р38, N46 и амплитуда Р38-N46 при ГМД L4-L5 на стороне поражения  $44,92 \pm 4,44$ ,  $52,78 \pm 4,63$  и  $0,91 \pm 0,69$ , при ГМД L5-S1 на стороне поражения  $42,10 \pm 4,75$ ,  $49,73 \pm 5,56$  и  $0,84 \pm 0,70$  соответственно; при ГМД L4-L5 на здоровой стороне  $45,06 \pm 3,87$ ,  $52,87 \pm 3,9$  и  $0,85 \pm 0,96$ , при ГМД L5-S1 на здоровой стороне  $40,77 \pm 4,47$ ,  $48,63 \pm 5,1$  и  $1,04 \pm 0,60$  соответственно ( $P < 0,05$ ).

**Выводы.** Критические значения и динамика показателей ССВП во время ИОНМ могут быть использованы при прогностической оценке исходов ГМД после оперативного лечения, а показатели латентности ССВП могут использоваться как стандартные значения для профилактики интраоперационных осложнений.

#### Литература

1. Интраоперационный мониторинг соматосенсорных вызванных потенциалов при микродискэктомиях на поясничном уровне / Линьков В.В., Гулаев Е.В., Гаранина Е.С., Чельшева И.А. // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2015. - Т. 20. - № 4. - С. 66-68.
2. Характеристика моторных и соматосенсорных вызванных потенциалов при микродискэктомиях / Гулаев Е.В., Линьков В.В., Гаранина Е.С. // Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами / Материалы V Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. - 2017. - С. 75-77.

## НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОТВОДОВ ОТ ДОНАЦИЙ КРОВИ

*Дубравина В.В.<sup>1</sup>, Спирина Е.В.<sup>2</sup>, Пирвердиева Р.С.<sup>1</sup>, Соловьёва Ю.С.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

<sup>2</sup>ОБУЗ «Ивановская областная станция переливания крови»

**Актуальность.** Донорство крови – одна из важнейших проблем здравоохранения всех стран. Оказание высококачественной и высокотехнологичной медицинской помощи тесно связано с грамотной и эффективной работой Службы крови. Поддержка и развитие добровольного безвозмездного донорства крови является вопросом национальной безопасности [2, 3]. В нашей стране уровень донорской активности невысок, но сохраняется высокая потребность в компонентах и препаратах крови. Государство ведёт большую работу по развитию и совершенствованию Службы крови, но ситуация в разных регионах РФ неоднородна [3, 4].

**Цель** - изучить динамику показателей донорства крови и её компонентов в учреждениях Службы крови города Иванова, проанализировать структуру медицинских отводов от донаций крови.

**Материалы и методы.** Проведён анализ показателей работы ОБУЗ «Ивановская областная станция переливания крови» по форме №64 «Сведения о заготовке, хранении, клиническом использовании донорской крови и её компонентов» за период с 2012г. по 2022г. Медицинское обследование доноров и определение противопоказаний для сдачи крови и/или её компонентов проводилось в соответствии с приказом Минздрава России. Определено: количество доноров и структура донорского контингента, доля платных доноров, количество донаций, количество и структура медицинских отводов от донаций. При обработке данных использовались методы описательной статистики.

**Результаты.** Установлено, что за последние 10 лет количество доноров крови в городе Иванове постоянно уменьшалось. В 2022г. оно снизилось почти в 2 раза по сравнению с 2012г. (с 9228 до 5019). Количество донаций тоже значительно снизилось – с 23397 до 13452. Доля платных доноров составляла не более 1% на протяжении всего изучаемого периода. В подавляющем большинстве случаев донорство крови и её компонентов в нашем регионе происходит на безвозмездной основе. Большую часть донорских кадров стабильно составляют мужчины (56-62%). Доля кадровых доноров превышала долю первичных доноров на протяжении всего анализируемого периода, при этом за 10 лет она выросла на 10 % (с 52% в 2012г. до 62% в 2022г.). В сочетании с уменьшением общего числа доноров это может быть признаком снижения притока «новых сил, новых донорских ресурсов». Однако и кадровых доноров в абсолютных числах стало меньше – идёт процесс естественного старения ранее активной части населения.

За последние 10 лет выросло количество медицинских отводов от сдачи крови и/или её компонентов. Если в 2012г. на каждые 100 визитов доноров зафиксировано 23 медицинских отвода, то в 2022г. – 40 отводов. Доля инфекционных заболеваний (ОРВИ, ВИЧ-инфекция, выявление вирусов гепатита В и С) в структуре медицинских противопоказаний для сдачи крови в изучаемый временной отрезок составляла 4,3–8,4% (максимальные значения достигались в период пандемии COVID-19). А подавляющее большинство отводов от донаций

(более 90%) ежегодно связано с неинфекционными заболеваниями. 8-10% отводов связано с артериальной гипертензией и гипертонической болезнью II-III ст., около 2% - с бронхиальной астмой; выросла частота приёма антиагрегантов и анальгетиков и частота оперативных и других инвазивных вмешательств у лиц, приходящих на станцию переливания крови. Основную долю – 20-30% медицинских отводов ежегодно связано с отклонением показателей периферической крови от допустимых пределов (снижение количества гемоглобина). Полученные результаты согласуются с данными исследователей в других регионах РФ [1, 4]. Рост числа медицинских отводов у доноров является тревожным сигналом. С одной стороны он косвенно отражает состояние здоровья населения региона, а с другой – заставляет работать над сохранением донорских кадров и привлечением новых лиц, способных быть донорами крови.

**Выводы.** За последние 10 лет количество доноров и донаций крови и её компонентов в городе Иванове снизилось почти в 2 раза, участились случаи медицинских отводов от донаций. В связи с этим необходима совместная работа Службы крови и амбулаторно-поликлинического звена по диспансеризации донорского контингента, выявлению и коррекции соматических нарушений, и особенно железодефицитных состояний.

#### **Литература**

1. Алексеева А.В., Вандышева П.Е. Некоторые аспекты изучения проблемы донорства // Бюллетень науки и практики. – 2018. – Т.4. №6. – С. 78-85.

2. Дашкевич Э.В., Климович Н.Н. Служба крови: совершенствование эффективности и безопасности // Гематология. Трансфузиология. Восточная Европа. – 2022. – Т.8. №2. – С. 220-226.

3. Развитие безвозмездного добровольного донорства крови и её компонентов в Российской Федерации / В.В. Уйба, О.В. Эйхлер, А.В. Четкин, В.В. Данильченко // Медицина экстремальных ситуаций. – 2017. – Т.59. №1. – С. 8-13.

4. Характеристика основных тенденций в работе службы крови Российской Федерации в 2016-20220 годах / Гапонова Т.В., Капрвнов Н.М., Тихомиров Д.С., Булгаков А.В., Одиноченко Ю.А., Шайдурова К.В., Демидов В.П., Туполева Т.А., Паровичникова Е.Н. // Гематология и трансфузиология. – 2022. – Т.67. №3. – С. 388-397.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ  
КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ  
ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Корулин С.В., Дубравина В.В.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) – одна из актуальных проблем практического здравоохранения и экономическая проблема. Наибольшую долю острых гастроинтестинальных кровотечений (42-47%) составляют осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [3]. В РФ ежегодно число больных с гастродуоденальными кровотечениями составляет примерно 50 тыс. пациентов [1]. Несмотря на развитие медицины, значимого снижения летальности при данном заболевании не наблюдается – по сообщениям отдельных авторов, она достигает 20%, увеличиваясь при рецидивах до 80% [1, 2].

**Цель** - провести ретроспективный анализ методов и результатов лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии в условиях общехирургического стационара и определить возможные направления улучшения качества оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ отчётов о работе хирургической службы ОБУЗ ГКБ №7 г. Иваново, журналов учета приёма больных и отказов в госпитализации (форма №001/у) и медицинских карт стационарного больного (форма №003/у) за 2017-2021 гг. Методом случайной выборки для углублённого анализа было отобрано 84 истории болезни пациентов в возрасте от 21 до 89 лет, проходивших лечение по поводу гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии за указанный период. В группу вошли 44 мужчины (52,4%) и 40 женщин (47,6%). Оперативные вмешательства в группе не выполнялись, летальных исходов не было.

**Результаты.** Из 12115 пациентов, экстренно госпитализированных в хирургическое отделение ОБУЗ ГКБ №7 в 2017-2021 гг., 572 (4,8%) поступили с диагнозом ЖКК. В стационаре диагноз был подтверждён менее чем в 50% случаев. Таким образом, доля лиц с ЖКК среди экстренных больных в указанные годы колебалась от 1,5% до 2%. Всем пациентам, поступившим с диагнозом ЖКК, выполнялась фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС). При продолжающемся кровотечении или нестабильном гемостазе она являлась не только диагностической процедурой, но и способом остановки кровотечения. Количество случаев эндоскопического гемостаза за анализируемый период времени значительно возросло – с 30 в 2017г. до 73 в 2021г. Чаще всего был использован комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекционный метод в сочетании с аргоноплазменной коагуляцией, считающийся наиболее эффективным [3]. Частота рецидивов кровотечений после эндоскопического гемостаза за 5 лет составила 10,4%. В большинстве случаев окончательная остановка кровотечения была достигнута при повторной ФЭГДС. Эндоскопический гемостаз оказался эффективным у 96,4% пациентов. В комплексное лечение больных с ЖКК, в соответствии с клиническими рекомендациями, входит медикаментозный гемостаз и интенсивная терапия острой кровопотери. При анализе случайно

отобранных 84 медицинских карт стационарного больного установлено, что все пациенты группы получали противоязвенное лечение – ингибитор протонной помпы. Большинство пациентов получало системную гемостатическую терапию: транексамовая кислота, этамзилат. Для восполнения дефицита ОЦК назначалась инфузионная терапия кристаллоидными и коллоидными растворами. Во всех случаях назначения коллоидных растворов это был «Гелофузин». Особое внимание мы уделили трансфузионной терапии в группе наблюдения. У изучаемой категории больных переливание свежезамороженной плазмы (СЗП) призвано восполнить факторы свёртывания крови и обеспечить стабильность гемостаза. А переливание эритроцит-содержащих сред призвано восполнить кислородную ёмкость крови не только для борьбы с гипоксией и дисфункцией жизненно важных органов, но и для устранения ишемии стенки ЖКТ и предотвращения рецидива кровотечения [1, 2]. В группе наблюдения трансфузионная терапия проводилась 46 больным (55%). СЗП переливалась чаще, чем эритроцитарная масса. Средняя потребность в СЗП одного пациента составила: в 2017г. – 1550 мл, в 2018г. – 1370 мл, в 2019г. – 1065 мл, в 2020г. – 1110 мл, в 2021г. – 977 мл. Средняя потребность в эритроцитарной массе одного пациента составила: в 2017г. – 560 мл, в 2018г. – 473 мл, в 2019г. – 838 мл, в 2020г. – 997 мл, в 2021г. – 635 мл. Таким образом, потребность в компонентах крови у пациентов с ЖКК за анализируемый период оставалась на стабильно высоком уровне.

**Выводы.** Установлено, что за последние годы в хирургическом отделении ОБУЗ ГКБ№7 г. Иваново значительно возросла частота применения эндоскопического гемостаза. Получены хорошие результаты – метод был эффективен у 96,4% пациентов. Стабильно высокой остаётся потребность больных с гастродуоденальными кровотечениями в компонентах крови. Более широкое внедрение в практику и совершенствование методов эндоскопического гемостаза, применение рекомбинантных факторов и концентратов факторов свертывания крови представляются перспективными в плане улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с ЖКК.

#### **Литература**

1. Возможности и место эндоскопии в улучшении результатов лечения гастродуоденальных кровотечений / М.П. Королев, Р.Г. Аванесян, Л.Е. Федотов, Б.Л. Федотов, М.В. Антипов, Л.З. Хафизов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2023. – Т.182. №1. – С. 93-97.
2. Инфузионно-трансфузионная терапия в лечении больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочнокишечного тракта / Г.Р. Халикова, И.С. Малков, В.В. Фаттахов, М.Н. Насруллаев // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т.93. №2. – С. 390-394.
3. Корсакова Ю.В., Кравченко С.В. Эндоскопическое лечение больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями в условиях ГКБСМП №10 // Многопрофильный стационар. – 2023. – Т.10. №1. – С.103-104.

## МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА, КАК АКТИВНЫЙ УЧАСТНИК ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Атопический дерматит – мультифакторное, генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, распространенность которого среди детского населения составляет до 20%. [1]. Важная медико-социальная значимость данной проблемы связана, с одной стороны, с увеличением распространенности данной патологии, с другой стороны – с постепенным развитием сенсibilизации, проявляющимся в атопическом марше.

**Цель** - на основе анализа данных литературы изучить роль специалистов сестринского дела в программах реабилитации пациентов с атопическим дерматитом.

Атопический дерматит – болезнь поврежденного кожного барьера, связанного с ослаблением его барьерной функции и транскутанным поступлением аллергена в организм, в свою очередь приводящим к дисбалансу иммунной системы. Атопический дерматит – это хроническое воспалительное заболевание кожи, клинически проявляющееся зудом и эритематозными высыпаниями, развивающееся на фоне ксероза и характеризующееся увеличением трансдермальной потери воды.[4]

Любое хроническое заболевание требует длительного и точного соблюдения назначенной врачом терапии, а в случае атопического дерматита также изменения образа жизни, диетотерапии. В связи с этим роль медицинской сестры, осуществляющей основной уход за пациентом, значима в плане как информирования, так и формирования у матери знаний об особенностях детей с атопическим дерматитом, обдуманного отношения к существующим проблемам ребенка, в оказании помощи не только психологической адаптации, а также адаптации к условиям жизни, освоению навыков по уходу за ребенком с атопией. Кроме того, медицинская сестра должна четко представлять конечный результат назначенной терапии, характер и механизм действия применяемого лекарственного препарата или процедуры, уметь грамотно и доступными терминами объяснить их матери.

Конечной целью данного вида деятельности медицинской сестры будет формирование у матери мотивации на тесное сотрудничество и выполнение назначений врача.

Квалифицированная медицинская сестра может обучить мать грамотному уходу за кожей ребенка, страдающего атопическим дерматитом, основными составляющими которого являются: увлажнение кожи, массаж, смена подгузников, купание, использование специальной косметики.

Сестринскими рекомендациями по купанию могут быть: 1) длительность - для детей с атопическим дерматитом, в отличие от здоровых детей, она составляет не более 5 минут, лучше использовать душ; 2) использование, по возможности, дехлорированной воды (фильтры или отстаивание воды в ванне в течение 1-2 часов с последующим добавлением кипятка); 3) запрет на использование мочалок; 4) запрет на использование твердого мыла, имеющего щелочную реакцию, способствующего высушиванию кожи и удалению ее

естественной защиты; 5) использование специальных синтетических моющих средств с нейтральным или кислым pH, содержащих эмоленты; 6) осушение кожи ребенка после купания промокательными движениями с помощью мягкого полотенца; 7) после купания, через 2-3 минуты, применение эмолентов – наружные средства, основной задачей которых является увлажнить кожу и задержать в ней воду.

В компетенции медицинской сестры информировать маму: 1) об особенностях выбора эмолента, связанных с климатом и временем года, использовать в зимнее время эмоленты, с большим количеством липидов; 2) о применении эмолента в адекватной дозе, не менее 150-200 г в неделю. [3]

В соответствии с клиническими рекомендациями в наружной терапии атопического дерматита используются кратковременные курсы топических глюкокортикостероидов, в применении которых необходимо соблюдать ряд правил: 1) топические глюкокортикостероиды всегда необходимо наносить только на увлажненную кожу; 2) крема наносятся через 15 минут после увлажнения кожи эмолентом, мази за 15 минут до использования эмолентов.[2] В связи с этим медицинская сестра, как активный участник реабилитационного процесса, с целью получения положительного и стойкого эффекта от их применения, способствующего формированию позитивного отношения матери к данному виду терапии и укреплению мотивации на выполнение врачебных рекомендаций, должна убедиться в наличии у нее знаний по применению назначенных препаратов, а при необходимости - проконтролировать соблюдение определенной последовательности в их использовании.

Таким образом, грамотное и долговременное участие медицинской сестры в реабилитации пациентов детского возраста с атопическим дерматитом, является необходимым условием осуществления последовательного и результативного профессионального ухода, позволяющее создать психологический настрой у матери, повысить приверженность к назначенной терапии и качество жизни, как самого ребенка, так и членов его семьи.

#### **Литература**

1. Атопический дерматит//Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов, Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, Союза педиатров России, 2020.

2. Заславский Д.В., Абдусаламова А. А., Сыдиқов А.А. Профилактика и комплексное лечение атопического дерматита у детей.//Лечащий врач.- 2015.- №6.

3. Намазова-Баранова Л.С. и др. Уход за кожей ребенка. Методические рекомендации, Москва, 2018г.

4. Cork M., Danby S., Vasilopoulos Y. et al. Epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis // J. Invest. Dermatology. 2009. Vol. 129. № 8. P. 1892–1908.

## СЕСТРИНСКИЙ УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Тяжелые расстройства психики, как продуктивные, так и негативные, ведут к выраженной социальной дезадаптации больных. Когда осуществляется госпитализация таких больных, они по-прежнему остаются дезадаптированными и, соответственно, нуждаются в специальном уходе. Специальная наблюдение и уход пациентам назначаются врачом, который также делает запись в лист назначений. Психически больные с тяжелыми психическими расстройствами нуждаются в гигиеническом уходе и уходе в связи с отклонениями в поведении.

**Цель** – выделить особенности сестринского наблюдения и ухода за психически больными с тяжелыми психическими расстройствами.

**Материал и методы.** Проведен анализ данных литературы по изучаемой проблеме.

**Результаты.** Помощь в осуществлении гигиенических мероприятий необходима пациентам, страдающим слабоумием или значительным дефектом психики, а также находящимся в состоянии заторможенности. Медицинская сестра мониторирует основные показатели жизнедеятельности организма: частоту дыхания, частоту пульса, температуру тела, артериальное давление, стул, диурез. Она также следит, чтобы пациенты не брали в рот несъедобные предметы, чужие окурки, пищевые остатки, пили только кипяченую воду, контролирует мытье рук перед приемом пищи. Все пациенты при поступлении и во время госпитализации регулярно осматриваются на головной и платяной педикулез, а также проводится обработка при выявлении вшей и гнид. Медицинская сестра должна контролировать и помогать им при приеме пищи, умывании, мочеиспускании и дефекации, проведении общей или местной санобработки. Пациентам, находящимся на постельном режиме, проводится оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу и их профилактика. Весьма важен и сложен уход за больными с поведенческими нарушениями, поскольку обеспечивает режим в отделении, предупреждает внутрибольничную агрессию, травмирование больных и персонала. При агрессивном поведении врачом назначаются меры физического стеснения. В письме Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26/12/2002 № 2510/12963-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи» сказано: «Меры физического стеснения при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрических стационарах применяются только в тех случаях, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие опасность для него или других лиц. Меры физического стеснения осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. Привлечение других пациентов для этих целей исключается. Меры физического стеснения могут применяться только на ограниченный срок, т.е. на период действий пациента, представляющих опасность для него или других лиц. О формах и времени применения мер физического стеснения делается запись в медицинской документации, а также в

специально заведенном журнале. Запись должна содержать мотивировку применения мер физического стеснения, указание времени начала использования этих мер, описание изменений в дальнейшем состоянии пациента, а также указание времени, когда меры физического стеснения были отменены» [1]. Медсестра должна знать технику и правила проведения временной фиксации агрессивных больных и особенности ухода за фиксированным пациентом. Фиксирующая повязка должна быть свободной, не натирать кожу и не приводить к травмам. Медицинская сестра проводит наблюдение каждые 15 минут (можно не заходя в помещение, через стекло), а сестринское обследование - каждые 2 часа. При необходимости сестру сопровождает другой персонал. Фиксированному пациенту измеряются артериальное давление, пульс и частота дыхания, предлагается питье и/или пища. Посещение туалетной комнаты проводится с интервалом в 4 часа [2]. Больной не должен быть длительно обездвижен. Как только состояние улучшится, пациенту разрешают сидеть на кровати и посещать туалет. Для профилактики развития ортостатического коллапса больные не должны резко вставать с постели, по назначению врача им регулярно измеряется артериальное давление. При уходе за больными с суицидальным поведением, психомоторным возбуждением, риском физического насилия необходимо обеспечить безопасность их самих, других пациентов и персонала, а также создать благоприятную среду. Такие пациенты требуют особо пристального внимания, постоянного наблюдения и сопровождения, в том числе в ночное время. Столовая, шкафы с лекарственными препаратами и моющими средствами должны быть закрыты. Ряд пациентов может отказываться от еды. Если не получается уговорить их принять пищу, то назначается парентеральное питание и зондовое кормление.

**Выводы.** На медицинскую сестру возлагается большая ответственность при наблюдении и уходе за пациентами с тяжелыми психическими расстройствами. Фиксируя изменения в поведении пациентов, медсестра помогает врачу вовремя скорректировать лечение и, в большинстве случаев, предотвратить совершение ими каких-либо нежелательных действий.

#### **Литература**

1. Письмо Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26/12/2002 № 2510/12963-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи». [Электронный ресурс] – <https://base.garant.ru/71504496/>

2. Цукарзи Э.Э. Неотложная помощь при агрессивном поведении// Современная терапия психических расстройств. – 2013. – №2. – С. 31-39.

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ

*Малькевич Л.А., Ванда А.С., Девина Е.А.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
Республика Беларусь, г. Минск

**Актуальность.** Одним из самых распространенных психических расстройств в современном обществе является депрессия. По данным ВОЗ в мире более 300 тысяч человек страдают депрессивными расстройствами, а риск возникновения депрессии на протяжении жизни составляет примерно 15%. Депрессия зачастую связана с влиянием социальных, психологических, физиологических факторов. В последние годы в мире наблюдается отчетливый рост депрессивных расстройств, что может быть связано с общим старением населения (5,7% лиц старше 60 лет), перенесенной ковидной инфекцией (5% взрослых), повышенным влиянием стрессорных факторов (3,8% молодых людей) [1]. Традиционные методы лечения эффективны, но известно о кардиотоксическом действии транквилизаторов и антидепрессантов, что ставит перед специалистами задачи поиска дополнительных и новых методов в лечении депрессии [2]. В лечении депрессивных состояний на фоне медикаментозного лечения широко используются физиотерапевтические методы и средства кинезиотерапии, которые оказывают разностороннее влияние на психические функции, обеспечивая их активность и устойчивость [3]. Повышение эффективности комплексного лечения депрессий различного типа имеет большую социальную и экономическую значимость.

**Целью** нашего исследования явилась оценка эффективности низкоинтенсивной магнитотерапии (общей, транскраниальной) и дозированных физических нагрузок на этапе стационарного лечения пациентов с депрессией.

Работа выполнена в рамках научных исследований общегосударственного отраслевого назначения, направленных на научно-техническое обеспечение деятельности Министерства здравоохранения Республики Беларусь на 2018-2020 и на 2021 – 2025 годы.

**Материалы и методы.** В исследование включались пациенты старше 18 лет, страдающие депрессией легкой – умеренной степени тяжести в рамках диагностических рубрик «депрессивный эпизод», «рекуррентное депрессивное расстройство», «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» МКБ10, находящиеся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре психического здоровья. После подписания информированного согласия (с соблюдением этических принципов проведения медицинских исследований по Хельсинкской Декларации, 2013 г.), пациенты включались в протокол исследования.

Общая магнитотерапия (ОМТ) проводилась с использованием установки магнитотерапевтической бегущим магнитным полем с индукцией до 3,5 мТл. Длительность процедуры 20 минут, курс лечения - 10 процедур, ежедневно.

Транскраниальная магнитотерапия (ТКМ) проводилась с использованием установки магнитотерапевтической «Полимаг-01» интенсивностью магнитного поля от 2 до 10 мТл, время воздействия 10-15 минут, № 8, ежедневно

Дозированные физические нагрузки назначались в виде структурированной тренировки (ДСТ) - организованных занятий физической активности с

разнообразным спектром средств аэробной физической тренировки, силовых упражнений с низкой и средней интенсивностью, в индивидуальном и групповом форматах. До и после курса лечения оценивался уровень личностной невротизации, депрессии по шкале Гамильтона, качество сна, тест САН (самочувствия, активности, настроения). Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью компьютерной программы SPSS.

**Результаты.** Основная группа (пациенты получавшие, кроме стандартной терапии, ОМТ, ТКМ и ДСТ (n=60, средний возраст 41,88±12,66 лет, 17% мужчины) и контрольная группа (пациенты, получающие стандартное лечение в соответствии с Протоколом диагностики и лечения (n=50, средний возраст 52,54±13,63 лет, 20% мужчины). В клинической картине преобладали жалобы на повышенную тревогу, снижение настроения, плаксивость, утрату интереса к жизни, психомоторную заторможенность, повышенную утомляемость, нарушение сна и аппетита. По возрасту, полу, выраженности тревоги и депрессии исследуемые группы были сопоставимы. Высокий уровень невротизации был отмечен у 46% пациентов основной и 40% пациентов контрольной группы. В клинической картине отмечалась выраженная эмоциональная возбудимость, неудовлетворенность желаний, фиксация на соматических ощущениях и личностных недостатках. У 17% пациентов основной группы и 18% пациентов контрольной группы отмечалось депрессивное состояние средней степени тяжести, у остальных – легкая депрессия. После проведенного курса лечения отмечалось снижение уровня невротизации ( $p < 0,05$ ) в основной группе, в то время как в контрольной группе значительных изменений не выявлено. У всех пациентов основной группы отмечалось снижение уровня депрессивного состояния (суммарный балл депрессии по шкале HDRS составил 4,85±4,08). Также у пациентов основной группы по окончании курса лечения отмечены значительные улучшения самочувствия, активности и настроения, а также качества жизни, все пациенты отмечали улучшение физической активности и сна. Процедуры переносились хорошо, побочных явлений не отмечалось.

**Выводы.** Сочетанное применение низкоинтенсивной магнитотерапии (общей и транскраниальной) и дозированных физических нагрузок на этапе стационарного лечения пациентов с депрессией повышает эффективность лечения, что подтверждается достоверным снижением уровней личностной невротизации, тревоги и депрессии, улучшением самочувствия, повышением активности и настроения.

### Литература

1. Петрова Н.Н., Кудряшов А.В. [и др.] Депрессивные состояния в структуре постковидного синдрома: особенности и терапия/ Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2022;56(1):16-24.
2. Суджаева О.А. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания: взаимосвязь и комплексный подход к борьбе с ними / Медицинский вестник - №21 (25 мая 2023г.)
3. Скугаревская М.М. Соматические маски депрессии / Медицинские новости.- 2022.-№ 1 С. 61 - 68.

**Актуальность исследования** связана с возрастанием роли пациента в принятии врачом клинических решений, в определении и реализации плана проведения лечебно-диагностических мероприятий. Современная организация взаимодействия пациентов с врачом ориентирует на использование тактики «сотрудничества» [1]. Вместе с тем, для обеспечения персонализации медицинской помощи, максимального учета индивидуальных особенностей пациента необходимо иметь информацию о его медико-социальном профиле [2, 3]. Однако недостаточно исследований, посвященных данным вопросам. Это определило **цель исследования**: получить медико-социальный портрет пациентов кардиологического профиля в условиях поликлиники для взрослых.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось проспективно, на базе городского бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области «Городская поликлиника №2» в 2023 году. Проведен социологический опрос на выборочной совокупности пациентов (405 пациентов), сформированной методом случайного отбора, в условиях поликлиники. Анкета включала 12 вопросов закрытого типа и позволяла дать характеристику по 3 блокам: социальный статус, образ жизни, медицинская информированность. Статистическая обработка включала использование прикладных статистических программ.

**Результаты исследования.** Проведен анализ социального статуса пациентов. Опрос показал, что среди пациентов кардиологического профиля основную долю занимают женщины (65,5%), на мужчин приходится 34,5%. Основную возрастную категорию пациентов кардиологического профиля составляли лица пожилого (60–74 года) и старческого (75–90 лет) возраста (соответственно: 46,5% и 27,5%), на долю среднего возраста (45–59 лет) приходилось 21,0% пациентов, молодые пациенты (до 44 лет) составляли 4,5%, долгожители (90 лет и старше) 0,5%. Пенсионеры (по возрасту, по стажу, по заболеванию) являются основной социальной категорией среди пациентов кардиологического профиля (78,5%), а среди работающих пациентов представители рабочих специальностей занимают 7,5%, служащие и преподаватели – 12,5%, предприниматели и самозанятые – 6,0%. Все пациенты являлись городскими жителями. Средний образовательный уровень имели 7,8% пациентов, 68,9% имели средне-специальное образование, 23,35 – высшее.

Получена характеристика образа жизни пациентов. Опрос показал, что только 56,5% пациентов реализует принципы здорового образа жизни: придерживаются принципов рационального питания 43,0% пациентов, достаточной физической активности 52,4%, достаточной медицинской активности 62,3%, здорового сна 67,0%, отказа от вредных привычек 71,0%. Отмечено, что 43,5% пациентов демонстрируют признаки нарушения здоровьесберегающего поведения.

Получена характеристика медицинской информированности пациентов. Опрос показал, что имеют достаточный уровень информированности о своих правах при получении помощи 67,0% пациентов, о порядках обращения и поведения медицинской организации – 69,0%, о своем заболевании, его причинах

и факторах риска осложнений – 92,5%, о принципах комплаентного лечения и взаимодействия с врачом – 47,5%.

**Выводы.** Опрос показал, что медико-социальный портрет пациентов кардиологического профиля содержит характеристики, которые могут негативно сказаться на эффективности лечения (нездоровый образ жизни, низкая медицинская информированность). Данные особенности должны учитываться врачами и организаторами здравоохранения при планировании мероприятий по совершенствованию кардиологической помощи.

#### **Литература**

1. Шерешева М.Ю., Костянян А.А. Клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения России // Вестник Санкт-Петербургского университета. Менеджмент. 2015, № 4. С. 74-114.

2. Источники информации, используемые пациентами для принятия самостоятельных решений при выборе метода лечения и назначения лекарственных препаратов / Горбунов А.Л., Курносиков М.С., Черкасов П.С., Сухов А.А. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2022. № 4. С. 19-23.

3. Сизова Л.В., Аверьянов В.Н. Стратегия принятия решений для кардиохирургического пациента с обострением подагры при применении тикагрелора // Кардиология: новости, мнения, обучение. 2022. Т. 10. № 3 (30). С. 59-62.

## ОСОБЕННОСТИ КУЛЬТУРЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕГО ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

*Безлихотнова Е.А., Углонова Н.Н.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Проблема сохранения здоровья граждан старшего трудоспособного возраста является актуальной задачей настоящего времени [1, 3]. Отрицательные последствия гипокинезии ускоряют процессы старения и представляют собой важную геронтологическую проблему. В связи с этим, поиск новых форм увеличения двигательной активности населения является важной задачей современного общества, которая и определила актуальность данного исследования [2].

**Цель исследования.** Оценить физическую активность населения старшего трудоспособного возраста г. Иваново.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие пациенты ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Иваново: женщины в возрасте 50-60 лет (n=50) и мужчины в возрасте 55-65 лет (n=50). Проводился опрос по специально разработанной анкете, включающей 20 вопросов, касающихся оценки физической активности населения старшего трудоспособного возраста (II и III группы здоровья). Полученные данные обрабатывались с использованием прикладных компьютерных программ.

**Результаты.** Проведен анализ физической активности населения трудоспособного возраста. Опрос показал, что в свободное от работы время, и в течение дня физически активны (совершают прогулки на свежем воздухе, выполняют работу, требующую усилий) 58% опрошенных, 42% - физически инертны. У 70% опрошенных на работе физическая активность отсутствует.

Оценили состояние своего здоровья как «удовлетворительное» 42% опрошенных, как «хорошее» 34%, 14% - «неудовлетворительное», 5% - как «отличное». О наличии хронических неинфекционных заболеваний сообщили 86% респондентов: 56% - заболевания сердечно-сосудистой системы, 28% - сахарный диабет, 26% - заболевания дыхательных путей, 18%- нервной системы. Оценили свое физическое состояние (тренированность) в настоящее время как «очень хорошее» - 12% опрошенных, «достаточно хорошее» - 46%, среднее - 34%, «хуже среднего» - 18%. Заметное уменьшение физической активности за последние полгода отметили 38% опрошенных.

По данным опроса 85% респондентов осознают важность и пользу физической активности. Одним разделом оценки физической активности являлась дальность пройденного без остановки максимально возможного расстояния, ее результаты составили: расстояние более 1 км. способны преодолеть без остановки 18% респондентов, 1 км. - 22%, 500-900 метров - 45%, 200-400 метров - 12%, менее 200 метров - 3% опрошенных. Длительность ходьбы в среднем темпе в день 30-60 мин - характерна лишь для 10% опрошенных, уделяют целенаправленной ходьбе менее 15 минут - 64% респондентов, 15-30 минут - 46%. Основные причины отказа от ходьбы: одышка (67%), дискомфорт в области сердца (41%), сердцебиение (38%), боль в груди (32%), боль в ногах (11%), головокружение (4%).

Не занимаются никакими физическими тренировками 51% опрошенных, а из 49%, занимающихся физическими тренировками, 27% указали кратность - 1 раз в неделю, 64% – 1-2 раза в неделю, и лишь 9% опрошенных – 3-4 раза в неделю. Средняя продолжительность тренировок, включающая гимнастические упражнения (48%), тренировочную ходьбу (36%), упражнения с гантелями (13%), занятия на тренажерах (12%), езду на велосипеде (11%), ходьбу на лыжах (9%), бег (4%), плавание (2%), составила в 75% случаев 20 минут.

Основными мотивационными причинами занятий физической культурой по данным опроса явились: улучшение здоровья (69%), снижение лишнего веса (63%), коррекция фигуры (37%), повышение спортивного результата (5%).

**Выводы:** По результатам проведенного исследования установлена низкая физическая активность у населения старшего трудоспособного возраста, тогда как систематические физические упражнения способствуют длительному сохранению высокой работоспособности и оказывают влияние на продление жизни. С целью повышения качества жизни лиц старших возрастных групп необходимо акцентировать оптимальность физических упражнений в плане медико-профилактических мероприятий с помощью медицинских работников первичного звена здравоохранения и студентов медицинских ВУЗов.

#### **Литература**

1. Борисов, В. А. Физическая активность у лиц старших возрастных групп / В. А. Борисов, М. В. Силютин, О. Н. Таранина. // Молодой ученый. — 2015. — № 20 (100). — С. 113-115.

2. Бубнова, М. Г. Обеспечение физической активности у граждан, имеющих ограничения в состоянии здоровья / Бубнова М. Г., Аронов Д. М., Бойцов С. А. / Методические рекомендации. Москва, 2015.

3. Юдкина, Ю. С. Анализ физической активности среди лиц пожилого и старческого возраста / Юдкина Ю. С., Носкова Е. В., Гриних М. В. // Материалы МСНК "Студенческий научный форум 2024". - 2023. - № 14. - С. 47-48.

## ХАРАКТЕРИСТИКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

*Тевризова А.С., Угланова Н.Н.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Санитарно-гигиеническое воспитание является обязательным, необходимым для повышения санитарной культуры населения и осведомленности о симптомах, признаках болезней, о возможности скорректировать управляемые факторы риска хронических заболеваний, профилактики инфекционных заболеваний и распространения знаний о здоровом образе жизни [1, 3]. Способствует повышению санитарно-эпидемиологического благополучия и качества жизни населения, увеличению соблюдения мер личной и общественной профилактики, снижению заболеваемости и смертности населения [2].

**Цель исследования.** Изучить удовлетворенность пациентов качеством санитарно-просветительной деятельности работников здравоохранения в медицинских организациях г. Иваново.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие пациенты (n=120) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г.Иваново. Проводился опрос по специально разработанной анкете, включающей 20 вопросов, касающихся удовлетворенности пациентов качеством санитарно-просветительной деятельности работников здравоохранения. Полученные данные обрабатывались с использованием прикладных компьютерных программ.

**Результаты.** Анализ структуры тем профилактических бесед показал, что 1 место (72,3% опрошенных) занимает тема профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, 2 место – профилактика заболеваний мочеполовой системы (68,7%), 3 место – профилактика онкологических заболеваний (53,6%), далее профилактика эндокринологических заболеваний (46,8%), заболеваний дыхательной системы (36,2%) и желудочно-кишечного тракта (32,5%). Информация о предупреждении возможных осложнений уже имеющихся заболеваний давалась лишь 46,5% пациентам. Консультации по поводу имеющихся заболеваний в основном проводились в форме лекций (12,6%).

Для достоверности исследования взято равное количество пациентов в различных возрастных группах: до 35 лет, 35-55 лет, 55-75 лет; при распределении по полу 57% составили женщины, 43% мужчины.

Установлено, что санитарно-профилактические беседы по поводу имеющихся заболеваний не проводились с 71,6% пациентов, при том, что 94% опрошенных считают данные беседы необходимыми. Исследование показало, что информация по профилактике заболеваний давалась в понятной и доступной форме лишь 58,3% пациентов. В 82,2% случаев профилактические беседы проводились лечащим врачом, в 17,8% - медицинской сестрой ЛПУ. Анализ количества фактически проведенных профилактических бесед показал, что у 32,6% респондентов они проводились ежегодно, у 24,9% - 1 раз в полгода, у 22,4% - 1 раз в 3 месяца, у 16,5% - 1 раз в месяц и лишь у 2,4% при каждом посещении. По мнению же пациентов подобные консультации должны проводиться при каждом посещении ЛПУ (82,4% респондентов) или хотя бы 1 раз в полгода (96,6%).

Наиболее актуальными темами для санитарно-профилактических бесед были выбраны в 90,3% – прогноз и осложнения собственных заболеваний, в 82,4% – компоненты здорового образа жизни, в 67,8% – факторы риска развития хронических заболеваний. При этом 99,2% опрошенных считают, что им уделяется недостаточно времени для профилактических бесед (консультаций) со стороны медицинского персонала.

В медицинских учреждениях 74,6% пациентов среди наглядных средств санитарного просвещения считают важными прежде всего, настенные стенды с информацией о различных заболеваниях, 68,7% акцентируют внимание на наглядных настенных схемах распространения вирусных инфекций, 32,5% – на научно-популярных фильмах о профилактике заболеваний, 24,3% – на брошюрах с информацией о профилактике различных заболеваний.

По данным исследования основным источником информации о профилактических мероприятиях по отношению к своему здоровью, по мнению респондентов, является телевидение (86,1%) и интернет (53,6%); получают информацию от родственников и знакомых 74,6% опрошенных, из печатных изданий – 46,8%, от медицинских работников лишь 12,6%. При оценке в целом уровня санитарно-профилактической работы в ЛПУ по 5-бальной шкале, почти половина пациентов (46,9%) поставила оценку 3 балла, 31,1% - 4 балла, 12,4% - 2 балла, 9,6% - 5 баллов.

**Выводы.** По данным проведенного исследования выявлена низкая оценка качества санитарно-просветительной деятельности работников здравоохранения в медицинских организациях, имеются информационные потребности пациентов по вопросам укрепления здоровья, профилактики заболеваний и здорового образа жизни. Для повышения результативности мероприятий санитарного просвещения необходимы инновации в системе санитарно-просветительной деятельности (сеть Интернет, использование мессенджеров и социальных сетей, ведение единой системы учета санитарно-просветительской работы).

### **Литература**

1. Лопатина М.В. Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения // Дисс. канд.мед.наук. /М., 2021, 155с.

2. Санитарно-просветительская работа среди населения в борьбе за санитарно-эпидемиологическое благополучие страны [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://medicclub.ru/sanitarно-prosvetitelnaya-rabota-v-aptexax/>

3. Попова Н.М., Поскребышева С.А., Мнение пациентов о санитарно-просветительной деятельности работников сферы здравоохранения // Наука и образование сегодня. – 2017.

## МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ О ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Мушников Д.Л.<sup>1</sup>, Олейник А.В.<sup>1</sup>, Гермаханов З.З.<sup>1</sup>, Угланова Н.Н.<sup>1</sup>, Кадырова Н.Ю.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

<sup>2</sup>ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Иваново»

**Актуальность исследования** определяется повышением значимости мнения пациентов об оказанной помощи для разработки и принятия управленческих решений [1]. Так, опрос пациентов позволяет оценить уровень доступности помощи. Причинно-следственная связь, которая приводит к формулированию мнения, включает в себя эмоции, которые человек испытывает, его чувства, верования, его точку зрения, понимание и желания. Изучение мнений пациентов имеет важное значения для обеспечения персонализации медицинской помощи [2, 3]. Однако недостаточно исследований, посвященных данным вопросам.

Это определило **цель исследования**: изучить мнение пациентов о доступности медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Проведено многоцентровое медико-социологическое исследование в медицинских организациях Ивановской, Ярославской и Московской областей. Метод исследования – социологического опрос. Респондентам предлагалась анкета «Мнение пациентов о доступности, качестве и результативности медицинской помощи», включавшая 15 вопросов закрытого типа. Статистическая обработка материала предусматривала формирование базы данных в электронных таблицах, расчет относительных величин и достоверности их разности по критерию Стьюдента. Критическое значение уровня статистической значимости принимали равным 5%.

**Результаты исследования.** Анализ мнений пациентов о доступности медицинской помощи показал, что только чуть более половины пациентов (52,6 на 100 опрошенных) дали положительную оценку доступности медицинской помощи, 23,5 на 100 опрошенных высказались негативно, а 29,1 на 100 опрошенных не определились с ответом.

Негативные оценки доступности помощи чаще высказывались в отношении медицинских услуг стоматологического профиля (26,0 на 100 опрошенных), реже урологического (23,5 на 100 опрошенных) и педиатрического профиля (20,5 на 100 опрошенных) ( $p < 0,05$ ). Лечебные услуги, как показал опрос, чаще (26,7 на 100 опрошенных), чем профилактические (22,5 на 100 опрошенных) и консультативные (19,5 на 100 опрошенных) ( $p < 0,05$ ) отмечались респондентами в числе малодоступных. Поликлиническая помощь, как показал опрос, менее доступна, чем стационарная (соответственно 27,6 и 19,3 на 100 опрошенных) ( $p < 0,05$ ).

Анализ доступности помощи в региональном аспекте показал, что число негативных мнений пациентов ниже по Московской области (21,5 на 100 опрошенных), при отсутствии достоверных различий с Ярославской и Ивановской областями, что говорит о наличии сходном состоянии мнений пациентов относительно доступности помощи.

**Выводы.** Социологический опрос показал «депрессию» мнений пациентов о здравоохранении, что проявляется в высокой частоте негативных оценок доступности (23,5 на 100 опрошенных). Имеются различия в оценке пациентов по профилю услуг и типам учреждений. Полученные данные могут быть положены в основу разработки медико-организационных мероприятий по повышению доступности медицинской помощи.

#### **Литература**

1. Тимурзиева А.Б. Проблемы удовлетворенности взаимодействием пациентов и работников медицинской организации в ходе лечебно-диагностического процесса (обзор). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30. № 6. С. 1275-1282.

2. Башеева Д.А., Усевич У.А. Удовлетворенность пациентов с онкопатологией оказанием медицинской помощи. Аллея науки. 2022. Т. 2. № 12 (75). С. 325-330.

3. Забродняя Я.С. Детерминанты удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи. Главврач. 2022. № 12. С. 23-30.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ АРОМАТЕРАПИИ

*Фролова О.М.<sup>1</sup>, Рябчикова Т.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ОО «Медицина», г. Иваново

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

В докладах ВОЗ термин «паллиативная помощь» обозначен как «подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке, лечению боли и других проблем – физических, социальных и духовных».

У пациентов геронтологического профиля, нуждающихся в паллиативной помощи, достаточно часто имеются проявления мнестического характера, которые в значительной мере ухудшают качество жизни как самих пациентов, так и родственников, которые ухаживают за этими больными. Поиск новых методов влияния именно на эти функции, по мнению ряда исследователей, помогут в работе в этими пациентами.

**Цель исследования:** оценка влияния ароматерапии на улучшение когнитивных функций у паллиативных пациентов с нарушенными мнестическими функциями.

Исследование проводилось в течение 90 дней в 2020 году. Группу исследования составили 63 пациента с нарушениями мнестического характера разной степени тяжести. Контрольную группу составили 30 пациентов без мнестических нарушений. В исследуемой группе проводились занятия с элементами ароматерапии (применение в занятиях эфирных масел и знакомых пациентам пахучих веществ).

В результате занятий в течение 21 дня у большинства исследуемых пациентов (56 чел, что составило 88,9%) отмечалось улучшение памяти и внимания субъективно, по сравнению с контрольной группой и по характеристикам неврологических расстройств мнестического характера. 49 пациентов (77,8 %) отметили улучшение сна, 63 (100%) исследуемых отметили улучшение эмоционального фона.

После проведенных занятий медицинские работники (врачи и медицинские сестры) в ходе анкетирования отметили улучшение речевой функции у 59 пациентов (93,7%) исследуемой группы по сравнению с контрольной (у 10 пациентов, что составило 30%)

Близкие пациентов отметили положительную динамику в течение заболевания на основании анкетирования, 93,7% опрошенных указали на улучшение эмоционального состояния, 74,6% респондентов отметили улучшение речевой функции у пациентов. В то же время в контрольной группе, состоящей из 30 пациентов близкие родственники не заметили улучшения данных функций.

Все пациенты и близкие отметили полезность занятий с применением элементов ароматерапии и планировали продолжать занятия в бытовых условиях.

Лечение пациента с нарушениями когнитивных функций всегда является персонализированным и сложным в связи с невозможностью полноценного самообслуживания. В таких случаях особую роль приобретает сестринский уход.

Опытная медицинская сестра самостоятельно может в большинстве случаев облегчить состояние пациента с помощью несложных сестринских манипуляций. Часть симптомов может быть облегчена только с участием медицинской сестры.

Мероприятия по реабилитации паллиативных пациентов должны обеспечивать повышение качества жизни пациента, делать его уход из жизни «достойным», позволяя как можно дольше сохранять социальную активность.

Таким образом, проведенные исследования показали положительный результат применения ароматерапии у данного контингента больных, что дает возможность рекомендовать данный метод терапии.

#### **Литература**

1. Костанова А.В., Дергачев Д.С., Суботялов М.А. Терапевтический потенциал ароматерапии // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 18. С. 50–55.

2. Тонковцева В.В. Обзор направлений современных исследований в изучении психофизиологического воздействия эфирных масел / В.В. Тонковцева, Н.А. Цубанова // Международный научно-исследовательский журнал.- 2018. - №1 (67).

3. Фести Д., «Эфирные масла энциклопедия для красоты и здоровья», М., 2017 г.

4. Эффективная фармакотерапия. 2021. Том 17. № 18. Пульмонология и оториноларингология.

5. Bagci Anxiolytic and antidepressant-like effects of Ferulago angulata essential oil in the scopolamine rat model of Alzheimer's disease/ E. Bagci, E. Aydin, M. Mihasan // Flavour And Fragrance Journal. – 2016. – Vol. 31 (1). – P. 70–80.

## О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МАСТОПАТИИ

*Колпаков Р.Ю., Аллахвердиев Л.М., Ландарь Л.Н.*

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»  
Минздрава России

**Актуальность.** В современных реалиях отслеживается тенденция возможности применения фитопрепаратов для лечения различных заболеваний, в том числе и мастопатии. В настоящей работе были рассмотрены такие препараты, как Мастопол и Мастодион. Также была проведена оценка лекарственного сырья, входящих в состав вышеупомянутых фитопрепаратов.

**Цель** - рассмотрение актуальных препаратов, возможных для применения терапии мастопатии.

**Результаты.** В настоящее время мастопатия является одним из самых распространенных заболеваний молочной железы, которое встречается у 70-80% женщин. Лечение мастопатии может быть консервативным или хирургическим. Консервативное лечение направлено на устранение симптомов заболевания и предотвращение его прогрессирования. В качестве консервативного лечения мастопатии могут применяться гормональные препараты, негормональные препараты и фитопрепараты.

Фитопрепараты - это препараты, изготовленные на основе лекарственных растений. Они обладают широким спектром действия и могут применяться для лечения различных заболеваний, в том числе и мастопатии. Одним из эффективных фитопрепаратов для лечения мастопатии является Мастопол. Данный препарат является негормональным природным лекарственным средством, предназначенным для устранения боли и лечения мастопатии. В состав Мастопол входят 4 компонента минерального и растительного происхождения: Болиголов пятнистый (*Coniummaculatum*) - травянистое растение, произрастающее в Центральной Азии. В листьях болиголова обнаружены эфирные масла, богатые также кумаринами и полисахаридами. Экстракт из листьев болиголова обладает выраженными обезболивающими свойствами, которые реализуются путем блокирования никотиновых рецепторов [4]. Также полисахариды *Coniummaculatum* обладают хорошим противовоспалительным эффектом, иммуностимулирующим и противоопухолевым свойством [2].

Туя западная (*Thujaoccidentalis*) - вечнозеленое хвойное растение, произрастающее в Северной Америке. В составе туи обнаружены фитонциды, которые обладают противовоспалительным, антибактериальным и противовирусным действием. Также туя содержит кумарины, которые обладают противоопухолевым свойством. [5]

Исследования показали, что листья и плоды туи западной являются ценным источником фенольных соединений и терпеноидов. Они содержат такие вещества, как  $\alpha$ -пинен,  $\alpha$ -кедрол и  $\Delta$ -карен, которые обладают разнообразными полезными свойствами. В частности, эти соединения проявляют противовоспалительное действие, что может быть полезным при лечении воспалительных заболеваний. Они также обладают антибактериальными и бактерицидными свойствами, что делает их эффективными в борьбе с различными видами бактерий. Кроме того, туя западная обладает

антисептическими свойствами, что позволяет использовать ее для дезинфекции и очищения. Ее листья и плоды также обладают отхаркивающим эффектом, что может быть полезно при лечении кашля и дыхательных проблем. Особенно интересно то, что кедрол, одно из активных веществ, содержащихся в туе западной, способствует восстановлению нервной, иммунной и сердечной деятельности. Это делает его полезным для поддержания здоровья и укрепления организма [4].

Гидрастис канадский (*Hydrastiscanadensis*) - травянистое растение, произрастающее в Северной Америке. В составе гидрастиса обнаружены алкалоиды, которые обладают противовоспалительным, противоопухолевым и бактерицидным действием. Желтокорень содержит алкалоиды изохинолинового ряда - гидрастин, берберин, каналидин. Берберин обладает хорошим иммуностимулирующим действием, обусловленным активацией макрофагов [8]. В свою очередь,  $\beta$ -гидрастин подавляет усиленную пролиферацию и инвазию раковых клеток путем ингибирования активности P21-активируемой киназы 4 [6].

Берберин проявляет противоопухолевую и антиметастатическую активность и регулирует активность перехода из эпителия в мезенхиму (EMT) в нескольких раковых клетках [11]. Берберин подвергается интенсивному метаболическому процессу после перорального приема и, таким образом, демонстрирует чрезвычайно низкую концентрацию в плазме крови.

Среди 61 фитохимикатов, полученных из *Hydrastiscanadensis*, было обнаружено, что канадалин и рибофлавин являются потенциальными молекулами с противораковыми свойствами в отношении рака молочной железы. Исследование *in silico* показало, что фитохимический состав гидрастиса канадского имеет хороший показатель взаимодействия как с гормонально независимым, так и с гормонозависимым раком молочной железы [12].

Фтористый кальций - минеральная добавка, которая способствует укреплению костной ткани.

Мастопол обладает комплексным действием и способствует:

- Устранению боли и других симптомов мастопатии
- Снижению уровня эстрогенов
- Улучшению микроциркуляции в молочных железах
- Укреплению иммунитета
- Предотвращению прогрессирования заболевания

Мастопол выпускается в виде таблеток и капсул. Препарат принимают внутрь по 1-2 таблетки или капсулы 3 раза в день во время еды. Курс лечения составляет 3-6 месяцев.

Другим негормональным препаратом для лечения мастопатии является Мастодинон. Он содержит комбинацию из шести растительных компонентов, а главным действующим веществом является витекс священный (*Vitex-agnuscastus*). Препарат обладает эстрогенным действием, которое достигается благодаря фитостероидам, полифенолам и иридоидным гликозидам, воздействующим на эстрогенные рецепторы ER $\alpha$  и ER $\beta$  [10]. Мастодинон оказывает своё воздействие как непосредственно на молочную железу, так и опосредованно через гормональную регуляцию стероидогенеза яичников. Экстракт витекса способствует снижению уровня пролактина в организме. Этот

эффект достигается благодаря взаимодействию компонентов препарата с дофаминергическими рецепторами [13].

Исследования показали, что экстракт витекса связывается с дофаминовыми рецепторами в гипоталамусе и передней доле гипофиза, что приводит к ингибированию высвобождения пролактина. Возможно, препарат также оказывает другие эндокринные эффекты, такие как повышение выработки прогестерона и стимуляция образования желтого тела [7]. Эстрогенная активность этанолового экстракта мастодиона была продемонстрирована на экспериментальных крысах, у которых была проведена овариэктомия. В результате применения препарата наблюдалось увеличение объема матки, повышение уровня прогестерона и эстрогенов, а также снижение уровня ЛГ и пролактина [9].

Таким образом, Мастодион является эффективным негормональным препаратом для лечения мастопатии. Его действие основано на взаимодействии с эстрогенными рецепторами и регуляции гормонального баланса в организме. Препарат способствует снижению уровня пролактина и может оказывать другие положительные эндокринные эффекты. Это делает Мастодион хорошим выбором для пациентов, страдающих мастопатией и предпочитающих негормональные методы лечения.

Согласно статистическим данным Гомельского областного клинического онкологического диспансера был проведен анализ эффективности действия препарата Мастодион при лечении пациентов с заболеваниями молочных желез. Пациентов разделили на 3 группы, в зависимости от клинического диагноза. Препарат назначался в терапевтической дозе по 30 капель 2 раза в день. Были получены следующие данные: 1 группа пациенток, страдающих диффузной фиброзно-кистозной мастопатией, после применения Мастодиона отмечали купирование болевого ощущения, а также уменьшение нагрубания и отека молочных желез в 80% случаев, что было подтверждено УЗИ -контролем. 2 группа пациенток, с циклической мастопатией применяла препарат в течение 6 месяцев и 36 из 39 женщин отметили купирование болевого синдрома и нагрубание молочных желез, что показало наивысшие результаты в ходе исследования. У 3 группы пациенток, страдающих кистозной формой ФКБ на фоне применения препарата были показаны наихудшие результаты в ходе исследования, лишь 10 из 21 женщины субъективно отметили уменьшение болезненности молочных желез, а также была выявлена стабилизация размеров кист под ультразвуковым исследованием [1].

**Выводы.** Фитотерапия является древнейшим направлением в медицине, она доказала, что лечение заболеваний с помощью растений эффективно. В современной медицине фитопрепаратам все чаще отдается предпочтение, что обусловлено их низкой токсичностью, высокой эффективностью и широким спектром действия.

Несмотря на использование новых методов диагностики и лечения, частота возникновения мастита у женщин разных возрастных категорий остается высокой. К тому же не наблюдается тенденция к снижению случаев заболевания молочной железы. Во многом такое положение все еще зависит от неоправданно длительного наблюдения и лечения многих заболевших в амбулаторных условиях.

## Литература

1. Сотникова Л. С. и др. Возможности применения препарата Мастодинон после эндопротезирования молочных желез //Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2013. – Т. 16. – №. 4. – С. 38-44.
2. Попова Е.В., Нестерова Ю.В., Поветьева Т.Н. Противовоспалительное действие *Coniummaculatum* L. - //Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке» 2006, 12.
3. Ёршик О. А., Бузук Г. Н. Противовирусная активность проантоцианидинов сабельника болотного и туи западной // Вестник ВГМУ. 2015. №2.
4. Arihan O, Boz M, Iskit AB, Ilhan M. Antinociceptive activity of conine in mice. J Ethnopharmacol. 2009 Sep 7;125(2):274-8. doi: 10.1016/j.jep.2009.06.032. Epub 2009 Jul 4. PMID: 19580858.
5. Chen SM, Wang BY, Lee CH, Lee HT, Li JJ, Hong GC, Hung YC, Chien PJ, Chang CY, Hsu LS, Chang WW. Hinokitiol up-regulates miR-494-3p to suppress BMI1 expression and inhibits self-renewal of breast cancer stem/progenitor cells. Oncotarget. 2017 Jun 27;8(44):76057-76068. doi: 10.18632/oncotarget.18648. PMID: 29100291; PMCID: PMC5652685.
6. Disturbance-Observer-Based Control and Related Methods—An Overview / W. Chen, J.Yang, L. Guo, S. Li // IEEE Transactions on Industrial Electronics. – 2016. – Т. 63, № 2. – С.1083-1095.
7. Dugoua JJ, Seely D, Perri D, Koren G, Mills E. Safety and efficacy of chastetree (*Vitexagnuscastus*) during pregnancy and lactation. Can J ClinPharmacol. 2008;15(1):e74-9. PMID: 18204102
8. Ethnobotany : Plant-Derived Medical Therapy / Paul S. // Auerbach MD, MS, FACEP, MFAWM, FAAEM, in Auerbach's Wilderness Medicine, 2017
9. Ibrahim NA, Shalaby AS, Farag RS, Elbaroty GS, Nofal SM, Hassan EM. Gynecological efficacy and chemical investigation of *Vitexagnuscastus* L. fruits growing in Egypt. Nat Prod Res. 2008;22(6):537-46.
10. Jarry H, Spengler B, Porzel A, Schmidt J, Wuttke W, Christoffel V. Evidence for estrogen receptor beta-selective activity of *Vitexagnus-castus* and isolated flavones. Planta Med. 2003 Oct;69(10):945-7. doi: 10.1055/s-2003-45105. PMID: 14648399.
11. Mandal SK, Maji AK, Mishra SK, Ishfaq PM, Devkota HP, Silva AS, Das N. Goldenseal (*Hydrastiscanadensis* L.) and its active constituents: A critical review of their efficacy and toxicological issues. Pharmacol Res. 2020 Oct;160:105085. doi: 10.1016/j.phrs.2020.105085. Epub 2020 Jul 16. PMID: 32683037.
12. Vyshnavi Am H, Sankaran S, NambooriPk K, Venkidasamy B, Hirad AH, Alarfaj AA, Vinayagam R. In Silico Analysis of the Effect of *Hydrastiscanadensis* on Controlling Breast Cancer. Medicina (Kaunas). 2023 Aug 2;59(8):1412. doi: 10.3390/medicina59081412. PMID: 37629702; PMCID: PMC10456556.
13. Wuttke W, Jarry H, Christoffel V, Spengler B, Seidlová-Wuttke D. Chaste tree (*Vitexagnuscastus*) – pharmacology and clinical indications. Phytomedicine. 2003;10(4):348-57.

## РОЛЬ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН

*Каминская Н.В., Рябчикова Т.В.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

За последнее десятилетие отмечается рост онкозаболеваний как в мировой практике, так и в России. В 2019 году количество женщин, с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, составило 348 894. Почти треть (32,9%) пациентов со злокачественными новообразованиями — женщины с раком репродуктивных органов. Особую настороженность вызывают визуальные формы: рак молочной железы - 18,3%, рак шейки матки - 4,7%, которые чаще всего диагностируются на первичных приемах и при проведении профилактических осмотров.

Ивановская область вошла в десятку регионов с высокими показателями по онкологическим заболеваниям (534,2 случая на 100 тысяч населения).

Опухоли наружных локализаций, которые можно обнаружить в ходе профилактических осмотров у женщин, составляют, по данным литературы, почти 40%. Однако данный показатель имеет свои вариации, т.к. напрямую зависит от квалификации и профессионального уровня медицинских работников на местах, их постоянной нацеленности на данный вид патологии, уровня проведения простых сестринских диагностических манипуляций.

В Ивановской области в работе, направленной на раннее выявление злокачественных заболеваний у женщин в 2019-20 гг. принимали участие 11 общих и 30 женских смотровых кабинетов. Кроме того, по области работали 295 ФАПов, ОВОП и ВА, в 53 из них были организованы кураторские выезды. Оказалось, что почти в трети учреждений (38%) фельдшер самостоятельно проводил осмотр женщин на гинекологическом кресле и забор мазка на онкоцитологию. Почти в половину (47%) пунктов для забора мазка приезжал гинеколог или акушерка из ЦРБ, а в 15% учреждений трёх ФАПах и пяти ОВОП – забор мазка не производился совсем

**Целью** данной работы было обучение практическим навыкам выявления визуальных форм рака у женщин акушерками-слушателями циклов повышения квалификации по специальности.

В практические занятия по данной специальности были внедрены презентации с визуальным сопровождением конкретных форм различных видов злокачественных опухолей женской репродуктивной системы, деловые игры, ролевая работа в малых группах. Особенная роль уделялась микросимптоматике данной патологии и тактике работы среднего медперсонала.

В дополнительные профессиональные программы повышения квалификации акушерок смотровых кабинетов был включен курс по практическим навыкам, который проходил каждый слушатель. Индивидуально отрабатывались такие методы, как взятие мазков с использованием специальных инструментов (цитологической щеточки типа Cytobrush). Это необходимо для повышения процента взятия качественных (адекватных) мазков с шейки матки и цервикального канала как одного из основных методов раннего выявления злокачественных опухолей и

предопухолевых заболеваний. Особое внимание уделялось методике проведения пальпации молочной железы слушателями и методу обучения пациенток самообследованию. Уровень знаний на занятиях анализировался тестовым контролем. Недостатки и затруднительные вопросы обсуждались, подробно разбирались, повторялись при изучении других тем. Специально для этого были созданы задачи по клиническим ситуациям.

На нашей кафедре проходили повышение квалификации акушерки из всех лечебно-профилактических организаций города Иванова и области.

Один из показателей работы смотровых кабинетов - процент охвата женского населения осмотрами (от подлежащих осмотрам). В 2020 г. он практически не имел достоверной разницы, составил 34,6% против 34,8% в 2019 г. и 31,7% - в 2018 г.

Несмотря на то, что в 2020 году количество районов/учреждений с показателем выше областного значения уменьшилось на треть (с 15 до 10), разброс значений его повысился (от 38,75% до 100%, против 35,8% - 85,3% в 2019 г.).

Важное значение при подведении итогов профилактической работы учреждения имеет процент выявления злокачественных новообразований (ЗНО) (от осмотренных). В 2020 г. областной показатель остался без динамики, по сравнению с 2018 и 2019 гг., и составил 0,2%.

При анализе адекватности мазков с шейки матки и цервикального канала, оказалось, что областное значение его в 2020 г. (74,3%), при целевом уровне 90%, заметно выше, чем в 2019 г. (69,5%), но почти не отличается от данных за 2018 год (72,8%).

В результате выезда зав. цитологической лабораторией ОБУЗ «ИвООД» в ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» было выявлено, что оценка адекватности проводилась не корректно и с 2020 года методика оценки адекватности была изменена

В 2020 году одинаковое число районов/учреждений области (16) имело процент адекватности мазков с шейки матки и цервикального канала выше областного значения, по сравнению с 2019 годом. Однако разброс значений показателя повысился (от 38,75% до 100%, против 35,8% - 85,3% в 2019 г.).

Обращает на себя внимание и то, что в 2020 году только в 1/6 части учреждений снизился процент адекватности мазков с шейки матки и цервикального канала – на 1,7 -13,9%, в то время как в 2019 г. снижение этого показателя отмечалось на 3-22% в ¼ учреждений.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенной работы показали, что в целом профессиональные навыки акушерок города Иванова и Ивановской области, прошедших повышение квалификации на кафедре сестринского дела ФГБОУ ВО «ИвГМА» Минздрава России повысились. Об этом может свидетельствовать повысившийся показатель адекватности мазков с шейки матки и цервикального канала на онкоцитологию, что, безусловно, существенно влияет на своевременность выявления злокачественных опухолей и предраковых заболеваний.

### **Литература**

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

2. МР МЗ и СР РФ от 28.07.2010 г. «Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники как этапа профилактических мероприятий направленных на совершенствование онкологической помощи населению».

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (с изменениями и дополнениями).

4. Приказ МЗ РФ от 3 декабря 2019 г. N 984н «О внесении изменений в положение об организации оказания первичной медико- санитарной помощи взрослому населению, утвержденное приказом МЗ и СР РФ от 15 мая 2012 Г. N 543н».

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Рябчикова Т.В.<sup>1</sup>, Фролова О.М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России  
<sup>2</sup>ООО «Медицина», г. Иваново

В программе ВОЗ по борьбе против рака большое внимание уделяется медицинским, социальным и гуманным аспектам помощи пациентам с хроническим болевым синдромом.

Ввиду того, что боль имеет многоуровневую природу, необходимо рассуждать о ней, пользуясь концепцией тотальной боли. Эта концепция указывает на то, что страдание имеет физический, психологический, социальный и духовный аспекты, с которыми нельзя не считаться в процессе лечения хронического болевого синдрома.

**Цель исследования:** оценка эффективности реабилитационных мероприятий, направленных на купирование хронического болевого синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Группу наблюдения составили 54 пациента с разными степенями хронического болевого синдрома и 12 медицинских сестер – участников образовательно-реабилитационного проекта «Жизнь без боли». Проект направлен на обеспечение профессиональной подготовки медицинского персонала к работе с пациентами с хроническим болевым синдромом и обучение пациентов самоконтролю болевых ощущений и самопомощи немедикаментозными методами в быту, что позволяет облегчить состояние пациента и восстановить функционирование (насколько это возможно).

В группах проводилось анкетирование слушателей перед началом занятий в школе и на итоговом занятии.

В результате итогового анкетирования 49 медицинских сестер (91,6%) указали правильные ответы по характеристикам болевого синдрома, 45 (83,3%) опрошенных отметили знание невербальных признаков боли у пациента, 100% опрошенных верно перечислили принципы противоболевой терапии.

В группе пациентов оценивалось знание характеристик боли, факторов провоцирующих приступ боли, периодичности оценки болевых ощущений, а так же способов немедикаментозной самопомощи при болевых ощущениях.

После проведенных занятий в школе пациенты в ходе анкетирования отметили знания (96,3%) о природе боли, 50 человек (92,6%) указали на необходимость ежедневной оценки боли. 49 пациентов (90,7%) указали на таблетированные и трансдермальные формы как наиболее предпочтительный метод лекарственного обезболивания и перечислили основные правила лекарственной терапии.

Более половины опрошенных (34, что составило 62,9%) отметили релаксационный метод немедикаментозного обезболивания как наиболее желаемый к применению. 17 пациентов (31,5%) применяют для обезболивания механические способы (прикосновения, массаж) в том числе с температурным воздействием на болевые точки. Ортопедические устройства и приспособления применяют лишь 3 пациента (5,5%) среди опрошенных.

Все пациенты отметили полезность занятий в школе как способ повышения информированности в области обезболивания и самопомощи в бытовых условиях.

Лечение пациента с болью всегда является персонализированным и включает весь доступный арсенал лекарственных и немедикаментозных методов с учетом возраста больного итого лечения, которое он получает по поводу онкологического заболевания. Вместе с тем использование релаксационных методов обезболивания позволяет повысить эффективность реабилитации пациентов с хронической болью.

#### **Литература**

1. Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Ачкасов С.И., Губайдуллин Р.Р., Лядов К.В., Проценко Д.Н., Шельгин Ю.А., Цициашвили М.Ш. Клинические рекомендации по внедрению программы ускоренного выздоровления пациентов после плановых хирургических вмешательств на ободочной кишке [Электронный ресурс] // Доктор.Ру. Анестезиология и реаниматология. Мед. реабилитация. – 2016. – № 12 (129). – Ч. I. – С. 8-21. – Режим доступа: <https://journaldoctor.ru/catalog/-anesteziologiya/klinicheskie-rekomendatsii-po-vnedreniyu/>.

2. Климова М.О., Циринг Д.А. Личностная беспомощность как фактор течения болезни при онкозаболеваниях (теоретический анализ) // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2020. – Т. 9, № 1(30) – С. 362-366.

3. Крутов А.А., Семиглазова Т.Ю., Каспаров Б.С., Носов А.К., Курочкина И.С., Тынкасова М.А., Бортникова Е.Г., Кондратьева К.О., Толоконников Ю.А., Вагайцева М.В., Заозерский О.В., Бриш Н.А., Рогачев М.В., Беляев А.М., Семиглазов В.В. Реабилитация пациентов онкоурологического профиля в программе fast-track: учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. – Санкт-Петербург: НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, 2021. – 120 с.

4. Пасечник И.Н., Назаренко А.Г., Губайдуллин Р.Р. и соавт. Современные подходы к ускоренному восстановлению после хирургических вмешательств // Доктор.Ру. Анестезиология и реаниматология. – 2015. – № 15 (116). – С. 10-17.

5. Пономаренко Г.Н. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 688 с.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ.

*Блинова К.А.<sup>1</sup>, Жабурин М.В.<sup>1</sup>, Колчанов В.А.<sup>2</sup>, Варников А.Н.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

<sup>2</sup> ОБУЗ «Ивановский онкологический диспансер»

<sup>3</sup> ОБУЗ "Ивановская областная клиническая больница"

**Актуальность.** Лечение при раке гортани включает применение различных способов, но при выявлении заболевания на поздних стадиях применяется комбинированный или комплексный [1] методы, а основным является хирургический метод – ларингэктомия [2]. Такой подход обеспечивает отличные результаты длительной безрецидивной выживаемости, но, к сожалению, сопряжен со значительными функциональными последствиями. Изменяется голос и нарушается способность к звукообразованию, развивается респираторная дисфункция с функциональными, а при длительном существовании открытой трахеостомы, и органическими изменениями трахеобронхиального дерева [3]. Для оценки структурных, функциональных и психосоциальных проблем пациента применяется Международная классификация функционирования (МКФ), которая позволяет сохранить индивидуализированный и проблемно-ориентированный подход, оценить динамику функционирования, с учетом основных составляющих понятие «здоровья», в виде детализации нарушений структур, функций, ограничений активности и участия в процессе реабилитации пациентов с раком гортани [4].

**Целью исследования** являлась оценка эффективности ранней медицинской реабилитации пациентов с раком гортани на основе биопсихосоциального подхода с применением категорий МКФ.

**Материалы и методы исследования.** В ретроспективное исследование были включены 33 пациента, находившиеся под наблюдением в ОБУЗ ИвООД после тотальной ларингэктомии в период с 01.01.2022 г. по 30.09.2023 г. Ранняя реабилитация проводилась в специализированном отделении ОБУЗ ИвООД, включала в себя установку голосового протеза; консультации, индивидуальные и групповые занятия с психологом; индивидуальные занятия с логопедом для обучения пользованию голосовым протезом. Оценка эффективности реабилитации пациентов проводилась с помощью анкет по качеству жизни (опросник Европейской организации по исследованию и лечению рака (EORTC), состоящего из общего опросника QLQ-C30 и специального опросника QLQ-H&N35 (голова и шея)), качеству голоса, выраженности боли, тревоги и депрессии. Для оценки эффективности голосовой реабилитации использовалась анкета VHI 30 (Индекс голосового нарушения 30) [5].

Первое исследование было через 3 месяца после проведения ларингэктомии (измерение 1), второе – через 12 месяцев после нее (измерение 2). Всем пациентам была проведена оценка структурных и функциональных изменений в категориях МКФ. Также использовалась анкета, которая позволяла при сборе анамнеза у обследуемых пациентов выявлять и ранжировать по степени выраженности (слабо выраженная, умеренная, выраженная, крайне выраженная) степень влияния заболевания на повседневную деятельность и общение.

Для анализа выраженности и частоты встречаемости доменов использовали методы описательной статистики. Для описания качественных данных использовались частоты и доли (в процентах), с которыми значения качественных признаков встречались в выборке. Сравнение категоризированных данных выполняли с составлением таблиц сопряженности и вычислением непараметрического критерия  $\chi^2$  (хи-квадрат). Кроме того, был введен средневзвешенный балл тяжести симптомов, рассчитанный по формуле:

$$k = \frac{\sum_{i=0}^4 (b_i \cdot n_i)}{N}$$

, где  $b_i$  – балл (от 0 до 4-х);  $n_i$  – число респондентов, выбравших данный балл;  $N$  – объем выборки.

**Результаты.** Анализ результатов исследования показал, что средний возраст пациентов составил  $70 \pm 11$  лет; 29 мужчин (87,8%), 4 женщины (12,2%). 87,8% (29 чел.) были курильщиками, 66,7% (22 чел.) из них бросили курить во время противоопухолевого лечения; индекс пачко-лет составил  $37,5 \pm 17$ . 57,6% (19 чел.) имели хроническое употребление алкоголя, 51,5% (17 чел.) из них отказались от него во время противоопухолевого лечения. Все пациенты имели оценку по шкале реабилитационной маршрутизации – 2–3 балла [5].

Было установлено, что пациенты, прошедшие оперативное противоопухолевое лечение по поводу рака гортани, имели ряд общих (типичных) нарушений функционирования и жизнедеятельности. Наиболее часто встречались нарушение структуры гортани, нарушение голосообразования, качества и беглости речи (100%), нарушение артикуляции (92,3%), глотания (90,8%), нарушение сна (93,8%), депрессия (91,3%) и тревога (77,3%), наиболее характерными ограничениями бытовой активности были затруднения при разговоре (82,4%), речи (76,5%), приеме пищи (72,9%) и питье (65,3%), отношения с незнакомыми людьми (73,6%), семейные отношения (58,2%), базисные межличностные отношения (67,5%), оплачиваемая работа (62,4%), жизнь в сообществе (52,9%).

**В результате проведенных мероприятий** в группе пациентов, прошедших курс медицинской реабилитации, улучшилось голосообразование (СВП изм.1 - 3,6, изм.2 - 2,6,  $p < 0,05$ ), функции артикуляции (СВП изм.1 - 1,5, изм.2 - 0,9,  $p < 0,05$ ). Достоверное уменьшились среднегрупповые значения показателя интенсивности боли (7,5 (6,3–8,7) баллов против 4 (2,5–4,8) баллов при 1 изм.,  $p < 0,05$ ). Улучшилось качество сна (СВП 2,2 против 3,1 при 1 изм.,  $p < 0,05$ ), уменьшились проявления тревоги (СВП 2,2 против 3,7 при 1 изм.,  $p < 0,05$ ) и депрессии (СВП 2,8 против 3,8 при 1 изм.,  $p < 0,05$ ).

Были установлены статистически значимые улучшения таких видов активности как разговор (d350), прием пищи (d550), питье (d560) ( $p < 0,05$ ).

При анализе опросника качества жизни EORTC QLQ-C30 через 12 месяцев у пациентов отмечались более высокие показатели шкал эмоциональное функционирование, ролевое функционирование и социальное функционирование, по сравнению с показателями, полученными через 3 месяца ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Применение МКФ для комплексной оценки реабилитационных мероприятий с описанием нарушений функционирования и ограничений активности позволило определить наиболее значимые проблемы пациентов

после проведения ларингэктомии. Применение индивидуальной программы ранней реабилитации после радикального оперативного лечения рака гортани позволило уменьшить степень выраженности функциональных нарушений и ограничений бытовой активности, улучшить психический и физический компоненты качества жизни пациентов. Положительный эффект сохранялся через год после проведения операции, что подтверждалось сохранением уровня активности пациентов. Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде после ларингэктомии способствуют не только восстановлению голосовой функции, но и нормализации психо-эмоционального состояния, отношений с родственниками и друзьями.

### **Литература**

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022.

2. Албул К. и др. Роль хирургического метода в комплексном лечении рака гортани // *Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe Medicale.* – 2021. – Т. 70. – №. 2. – С. 79-84.

3. Менькова Е. Н. и др. Субтотальная ларингэктомия с формированием трахеоглоточного шунта в голосовой реабилитации больных местнораспространенным раком гортани и гортаноглотки III и IV стадий (обзор литературы) // *Опухоли головы и шеи.* – 2021. – Т. 11. – №. 1. – С. 96-100.

4. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Вербицкая Е.В., Аронов Д.М., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Бубнова М.Г., Буйлова Т.В., Мальцева М.Н., Мишина И.Е., Нестерин К.В., Никифоров В.В., Прокопенко С.В., Сарана А. М.О., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шамалов Н.А., Яшков А.В. Применение международной классификации функционирования в процессе медицинской реабилитации // *Вестник восстановительной медицины.* 2018. №. 6 (88) С. 2–77.

5. Белкин А.А., Рудник Е.Н., Белкин В.А., Пинчук Е.А., Липовка Н.С. Оптимизация этапной помощи пациентам отделений реанимации и интенсивной терапии на основе градации шкалы реабилитационной маршрутизации-6 // *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация.* 2021. Т. 3. №. 1. С. 142–148.

**ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ  
В МЕХАНИЗМАХ РОСТА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ**  
*Мальшикина Д.А.<sup>1,2</sup>, Сотникова Н.Ю.<sup>2</sup>, Воронин Д.Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

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

**Актуальность.** По анализу современных тенденций прогнозируется, что в течение века онкологические заболевания выйдут на первое место среди причин преждевременной смерти, потеснив сердечно-сосудистую патологию [1]. Несмотря на обширную вариативность онкологических заболеваний, центральные клеточные процессы, отвечающие за развитие и рост опухолей, зачастую схожи. Не только паранеопластика и интенсивный рост опухолей, но и дегенеративные изменения опухоли сопряжены с рисками для здоровья пациента. Понимание механизмов регуляции пролиферации, дегенеративных изменений и инволюции клеток миомы матки – одного из распространенных пролиферативных заболеваний женской репродуктивной системы, позволит экстраполировать эти данные на другие онкологические заболевания, с целью поиска новых методов их диагностики и лечения.

**Цель** – оценить особенности цитокинового профиля у женщин с лейомиомой матки в зависимости от дегенеративных изменений в тканях узла.

**Материал и методы.** Объектом исследования были 82 женщины с симптомной лейомиомой матки (D25) репродуктивного возраста (23-43года) поступавшие на лечение в ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России. Группа сравнения включала 47 женщин репродуктивного возраста без пролиферативных гинекологических заболеваний, которые обратились с целью прегравидарной подготовки по причине «мужского» фактора бесплодия или удаления внутриматочного контрацептива. Методом иммуоферментного анализа оценивали содержание интерлейкинов (ИЛ-35, ИЛ-27 и ИЛ-18) в сыворотке периферической крови, лизатах миоматозных узлов и эндометрия, расположенного в проекции миоматозного узла. В соответствии с данными гистологического исследования образцов миоматозных узлов пациенток разделили на 2 подгруппы: «с вторичными изменениями» (48 женщин) и «без вторичных изменений» (34 женщины).

**Результаты.** У женщин с миомой матки частота встречаемости жалоб на обильные менструальные выделения и хронические тазовые была выше, чем у женщин репродуктивного возраста без лейомиомы. В 58,5% случаев в тканях доминантных миоматозных узлов при гистологическом исследовании выявлялись вторичные изменения. Среди них встречались отек (абс., 37,8%), гиалиноз (абс., 32,9%), некроз (абс., 32,9%), 6,1%) и «красная» деформация (2,4%). У пациенток с вторичными изменениями в миоматозном узле чаще наблюдалась хроническая тазовая боль ( $p=0,038$ ). Также в данной подгруппе женщин чаще встречалась дисменорея, но лишь на уровне статистической тенденции ( $p=0,093$ ). У женщин со вторичными изменениями в миоматозном узле чаще размер узла превышал 5 см, однако данное отличие было лишь на уровне статистической тенденции ( $p=0,07$ ). Более крупные миоматозные узлы сдавливали близлежащие ткани и органы, что могло быть причиной болевого синдрома. Кроме того,

крупные размеры узла, а также сдавление прилегающих кровеносных сосудов, приводит к дистрофии питания тканей узла, что впоследствии приводит ко вторичным изменениям при росте узла. Концентрация исследуемых цитокинов в сыворотке периферической крови между группами «с вторичными изменениями» и «без вторичных изменений» значимо не различались, ИЛ-27 в большинстве случаев был ниже уровня детекции. Отличительной особенностью пациенток с вторичными изменениями в тканях миоматозных узлов была более высокая концентрации ИЛ-35 в ткани эндометрия, расположенного в проекции узла ( $p=0,029$ ). Ткани миоматозного узла отличались более низкими концентрациями всех исследуемых цитокинов, в сравнении с эндометрием, расположенным в проекции узла. Известно, что ИЛ-35 стимулирует рост опухолей посредством стимуляции продукции ИЛ-6 и гранулоцитарного колониестимулирующего фактора при подавлении продукции интерферона гамма, а также создаёт микроокружение, характеризующееся иммуносупрессивными эффектами [2]. Данные различия наблюдались лишь на уровне эндометрия, а непосредственно в тканях миоматозных узлов концентрации исследуемых цитокинов были ниже, и нами не было выявлено значимых отличий в их содержании в зависимости от наличия вторичных изменений.

**Выводы.** Основными симптомами, связанными с обращениями женщин, которым в последующем был поставлен диагноз лейомиома матки, были обильные менструальные выделения с хроническими тазовыми болями и дисменорея в анамнезе. Изменения в миоматозном узле создают микроокружение, затрагивающее близко расположенный эндометрий, сдвигая цитокиновый профиль в сторону иммуносупрессорного влияния при наличии дистрофических процессов в тканях опухоли. Понимание процессов прогрессии и дегенерации опухоли позволит найти новые ключевые точки для повышения эффективности диагностики и противоопухолевой терапии, а также позволит снизить негативные влияния, связанные с противоопухолевой терапией.

#### **Литература**

1. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide / F. Bray, M. Laversanne, E. Weiderpass, I. Soerjomataram // Cancer. – 2021. – Vol. 127(16). – P. 3029-3030.
2. IL-35 regulates the function of immune cells in tumor microenvironment / K. Liu, A. Huang, J. Nie [et al.] // Front. Immunol. – 2021. – Vol. 12. – P. 683332.

## ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

*Безирова Л.Х.<sup>1</sup>, Малышкина А.И.<sup>1,2</sup>, Назарова А.О.<sup>1,2</sup>, Логинова В.С.<sup>1</sup>, Назаров С.Б.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства  
им. В.Н. Городкова» Минздрава России

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Электрорегистрография (ЭРГ) является перспективным методом оценки сократительной активности матки [3]. Метод применяется в акушерской практике, так как нарушения сократительной активности представляют большой интерес для современного акушерства [1, 2]. Нормативные значения показателей ЭРГ до настоящего времени не разработаны, что определяет актуальность данного исследования. Остается неизученным вопрос о наличии пространственной асимметрии распределения биоэлектрической активности матки, регистрируемой с поверхности передней брюшной стенки.

**Цель** – выявить особенности показателей амплитудного и спектрального анализа биоэлектрической активности матки у женщин в III триместре беременности.

**Материалы и методы.** Проведена регистрация показателей биоэлектрической активности матки у 34 женщин в III триместре беременности в сроке гестации с 28 до 34 недель с неосложненным течением беременности, состоящих на учете по беременности в женской консультации института. В исследовании использован опытный образец портативного элетрорегистрографа, разработанного совместно с ООО «Нейрософт» (Иваново) в рамках государственного задания Министерства здравоохранения Российской Федерации, по 2-х канальной методике. Регистрация проводилась в состоянии покоя. Электроды располагались на передней брюшной стенке, расстояние между электродами стандартизировалось. Запись проводилась однократно, в течение 10 минут и оценивалась после компьютерной математической обработки данных включающей амплитудный и спектральный анализы.

Статистическая обработка данных выполнялась при помощи программного пакета «Statistica, StatSoft, ver.13». Сравнение относительных показателей проводилось с использованием критерия хи-квадрат. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Корреляционные связи между показателями оценивали с помощью коэффициента Спирмена ( $r$ ).

### **Результаты.**

По данным амплитудного анализа биоэлектрической активности матки установлено, что показатель максимальной амплитуды преобладал с одинаковой частотой справа и слева (у 15 (44,12%) и 19 (55,88%) женщин соответственно,  $p > 0,05$ ). При сравнении средней амплитуды в правом и левом отведениях статистически значимых различий также не было выявлено ( $p > 0,05$ ).

Статистически не различалась частота встречаемости преобладания показателя максимальной амплитуды спектрального анализа: слева он преобладал у 10 беременных (29,41%), справа – у 24 женщин (70,59%) ( $p > 0,05$ ). При сравнении преобладания показателей средней амплитуды в правом и левом отведениях значимых различий выявлено также не было ( $p > 0,05$ ).

Асимметрия полной амплитуды была сопоставима: у 18 женщин (52,94%) – справа, и 16 (47,06%) – слева ( $p>0,05$ ). Анализ средней частоты спектра не выявил статистически значимых различий между отведениями. Преобладающее значение встречалось слева у 7 (20,59%), справа – у 12 (35,29%) исследуемых женщин; у 15 пациенток (44,12%) были зарегистрированы одинаковые показатели средней частоты спектра справа и слева ( $p>0,05$ ). По данным корреляционного анализа ни один из изученных показателей не зависел от срока беременности ( $p>0,05$ ).

По результатам корреляционного анализа установлена тесная взаимосвязь между показателями амплитудного и спектрального анализа, что позволяет предположить их близкую диагностическую информативность. В свою очередь показатели амплитудного анализа были тесно связаны между собой.

**Выводы.** Впервые проведена оценка показателей амплитудного и спектрального анализа биоэлектрической активности матки у женщин в III триместре беременности с использованием 2-х канальной методики. В результате исследования установлено, что показатели биоэлектрической активности матки в сроках 28-34 недели физиологически протекающей беременности симметрично распределены между ее правой и левой частью. Таким образом, использование ЭГГ в программе обследования беременных является перспективным методом оценки сократительной активности матки и требует дальнейших исследований диагностической и прогностической значимости этих показателей.

#### **Литература**

1. Дмитриева С.Л., Хлыбова С.В. Нарушения сократительной деятельности матки как одна из актуальных проблем в современном акушерстве (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник.- 2011.- №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-sokratitelnoy-deyatelnosti-matki-kak-odna-iz-aktualnyh-problem-v-sovremennom-akusherstve-obzor-literatury>.

2. Роль электрогистерографии в диагностике угрожающих преждевременных родов и прогнозировании исхода беременности / А. И. Малышкина, А. О. Назарова, С. Б. Назаров [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3. 31-38.

3. Electrodes in external electrohysterography: a systematic literature review / Jossou T.R., Et-Tahir A., Tahori Z. [et al.]. // BiophysRev.- 2021.- Vol.13, №3.- P.405-415. doi: 10.1007/s12551-021-00805-w.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ  
ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ И ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

*Колесникова А.М.<sup>1,2</sup>, Малышкина А.И.<sup>1,2</sup>, Таланова И.Е.<sup>2</sup>, Песикин Р.О.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства  
им. В.Н. Городкова» Минздрава России

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Возможность влияния привычного невынашивания беременности (ПНБ) на течение гестации и исходы на данный момент остается актуальной проблемой здравоохранения [1]. По литературным данным, у данной категории женщин существует риск осложнений, возникающих во время беременности и влияющих на здоровье новорожденных [2], [3]. Поэтому акушеру-гинекологу важно знать, с какими трудностями он может столкнуться при ведении беременности у пациенток с ПНБ.

**Цель** – оценить перинатальные исходы у женщин с угрозой прерывания во втором триместре и ПНБ в анамнезе.

**Материалы и методы.** В условиях Ивановского ФГБУ «Ив НИИ Мид им. В.Н. Городкова» Минздрава России изучены индивидуальные медицинские карты беременной и родильницы и обменно-уведомительные карты беременной, истории родов и истории развития новорожденных у 150 пациенток за период с 2021 по 2023 года. Женщины были разделены на две группы: основная - 80 пациенток с угрозой прерывания во II триместре и ПНБ в анамнезе, контрольная – 70 беременных с неосложненным течением беременности и без ПНБ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета стандартных прикладных программ.

**Результаты.** Беременность завершилась своевременными родами у 63 (79,0%) женщин с ПНБ и у 69 (98,6%) пациенток группы контроля ( $p=0,000$ ). Преждевременные роды (ПР) чаще встречались в основной группе и составили 20,0% (16 женщин) против 1,4% (1 женщина) контрольной группы ( $p=0,001$ ). В основной группе экстремально ранние ПР отмечены у 4 (5,0%) женщин, ранние ПР – у 2 (2,5%), ПР – у 2 (2,5%), поздние ПР – у 8 (10,0%). У одной пациентки контрольной группы беременность завершилась поздними ПР в сроке 36 недель 6 дней. Гестация завершилась поздним самопроизвольным выкидышем у одной пациентки с ПНБ в сроке 18 недель (1,3%), в группе контроля данного исхода отмечено не было. Процент живорождения был выше у женщин с неосложненным течением беременности и составил 100% (70 новорожденных), в основной группе - 95,0% (76 новорожденных) ( $p=0,165$ ). Родились доношенными 62 ребенка (77,5%) в основной группе и 69 детей (98,6%) - в контрольной ( $p=0,000$ ). Недоношенными родились 13 детей основной группы (16,3%), в контрольной группе – 1 ребенок ( $p=0,005$ ). Средняя масса тела доношенных новорожденных была сопоставима в исследуемых группах и составила 3300 (2300 – 3600) грамм в основной и 3290 (3048 – 3645) грамм в контрольной ( $p=0,558$ ). Средняя масса тела недоношенных новорожденных от женщин с ПНБ составила 2065 (420 – 2440) грамм и 3300 (3300 – 3300) грамм – от пациенток с неосложненным течением беременности. В основной группе средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни составила 8 (1 – 8) баллов, в контрольной – 8 (8 – 8) баллов ( $p=0,005$ ). Средняя оценка по шкале Апгар на 5 минуте жизни новорожденных от

женщин с ПНБ составила 8 (5 – 9) баллов, у детей от пациенток с неосложненным течением беременности - 9 (9 – 9) ( $p=0,011$ ). Признаки умеренной асфиксии (4-6 баллов по шкале Апгар в конце 1 минуты жизни) отмечены у 6 новорожденных (7,5%) основной группы, тяжелой асфиксии (3 и менее баллов по шкале Апгар в конце 1 минуты жизни) - у 3 детей (3,8%) от женщин с ПНБ. В контрольной группе данных осложнений выявлено не было ( $p=0,055$  и  $p=0,293$  соответственно). Антенатальная гибель плода произошла в 2 случаях (2,5%) основной группы, в контроле данное осложнение не отмечено. Дети основной группы чаще рождались с дыхательными нарушениями, представленными врожденной пневмонией (9,0% и 0,0%,  $p=0,032$ ), внутриутробной гипоксией, асфиксией (7,5% и 1,4%,  $p=0,17$ ), респираторным дистресс синдромом (4,0% и 0,0%,  $p=0,293$ ), а также с признаками внутриутробного инфицирования (5,0% и 0,0%,  $p=0,165$ ), ишемическим поражением центральной нервной системы (12,5% и 4,3%,  $p=0,135$ ), неонатальной желтухой (16,3% и 10,0%,  $p=0,377$ ), врожденными аномалиями развития (7,5% и 0,0%,  $p=0,055$ ). Новорожденные основной группы чаще находились в условиях отделения детской реанимации (8,0% и 0,0%,  $p=0,046$ ), а также в дальнейшем переводились на II этап выхаживания стационара клиники (10,7% и 5,7%,  $p=0,435$ ) и в другие детские больницы (13,3% и 0,0%,  $p=0,005$ ). Детей контрольной группы чаще выписывали домой (94,3% и 74,7%,  $p=0,003$ ).

**Выводы.** Таким образом, у женщин с ПНБ чаще отмечались преждевременные роды. Дети от женщин с ПНБ чаще имели врожденную пневмонию, лечились в условиях детской реанимации и переводились в другие стационары, специализирующиеся на патологии новорожденных. Индивидуальный подход к данной категории пациенток на этапе планирования беременности и в течение всего периода гестации способствует своевременному выявлению осложнений и их коррекции с целью улучшения перинатальных исходов.

### Литература

1. Adverse pregnancy and perinatal outcome in patients with recurrent pregnancy loss: Multiple imputation analyses with propensity score adjustment applied to a large-scale birth cohort of the Japan Environment and Children's Study / Sugiura-Ogasawara, M., Ebara, T., Yamada, Y., Shoji, N., Matsuki, T., Kano, H., Kurihara, T., Omori, T., Tomizawa, M., Miyata, M., Kamijima, M., Saitoh, S., & Japan Environment, Children's Study (JECS) Group // American journal of reproductive immunology (New York, N.Y. : 1989), 2019. - 81(1). - e13072.

2. Малышкина А.И., Григушкина Е.В., Таланова И.Е. Факторы риска угрозы прерывания беременности у женщин с привычным невынашиванием: анализ анкетного опроса 353 беременных женщин // Гинекология. – 2022. - 24(2). – С.126–131.

3. Факторы риска угрозы прерывания беременности у женщин с привычным невынашиванием / А.М. Колесникова, А.И. Малышкина, Н.Ю. Сотникова, И.Е. Таланова // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека: материалы IX Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, проведенная в рамках «Десятилетия науки и технологий». – Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2023. – С. 16-17.

## ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ

*Батрак Н.В.<sup>1</sup>, Добрынина М.Л.<sup>1</sup>, Малышкина А.И.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

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

**Актуальность.** По данным последних исследований, репродуктивный дебу́т, с последующим прерыванием первой беременности, неблагоприятно влияет на функциональные свойства эндометрия, нарушая его рецепторный аппарат, процессы имплантации, плацентации и фетализации при повторных беременностях[2]. До 60% беременностей элиминируется, 10% диагностированных оплодотворений заканчиваются прерыванием до 22 недель и только 30% - рождением ребенка [1]. К настоящему времени выявлены и изучены этиологические факторы ранних репродуктивных потерь, к которым относят эндокринные, генетические, инфекционные, иммунологические факторы, пороки развития репродуктивных органов, соматическую патологию, факторы окружающей среды [3, 4]. Несмотря на достаточное количество исследований, не разработан план ведения беременности у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе.

**Цель** – выявить патоморфологические отличия неразвивающейся беременности и самопроизвольного аборта у пациенток в ранние сроки беременности.

**Материал и методы.** Проведена проспективная оценка течения беременности 81 женщины, госпитализированной в стационар с клиникой угрозы прерывания в первом триместре беременности. В ходе наблюдения за пациентками, в зависимости от исхода беременности сформировано 2 группы исследования. Основную группу женщин составили 48 пациенток с неразвивающейся беременностью в сроки 5–12 недель. В группу сравнения вошли 33 женщины, беременность которых завершилась самопроизвольным выкидышем в 5–12 недель. Ретроспективно проанализированы результаты гистологического описания по биопсийному материалу.

**Результаты.** Возраст пациенток исследуемых групп был большим у женщин с неразвивающейся беременностью. В основной группе этот показатель составил 30 (27; 34) лет, в группе сравнения – 27 (23; 32) лет.

Анализ результатов гистологического исследования биологического материала при неразвивающейся беременности показал увеличение частоты стромальных петрификатов (10,4% и 0%,  $p=0,005$ ), периартериального склероза (31,3% и 9,1%,  $p=0,013$ ), в ворсинчатом хорионе выявлены очаги гипо- и аваскуляризация (81,3% и 57,6%,  $p=0,023$ ). Биопсийный материал при самопроизвольном выкидыше отличался наличием зон некроза, гиподецидуализацией, незавершенным ремоделированием спиральных артерий, отставанием трансформации желез и их несоответствием фазе менструального цикла, однако, эти различия не были статистически значимыми ( $p>0,05$ ).

Выявленные патоморфологические изменения биопсийного материала при неразвивающейся беременности свидетельствуют о наличии острого и хронического воспаления, персистенции вирусно-бактериальных возбудителей, а

также гормональных нарушениях в гравидарном эндометрии при данной форме репродуктивных потерь.

**Выводы.** На основании сопоставления патоморфологических факторов неразвивающейся беременности и самопроизвольных аборт в первом триместре беременности выявленные особенности позволят разработать новые патогенетические подходы к терапии и прегравидарной подготовке женщин с различными формами прерывания беременности в анамнезе.

#### **Литература**

1. Батрак Н.В., Малышкина А.И. Факторы риска привычного невынашивания беременности. Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21(4). – С. 37-41.

2. Герасимов А.М., Батрак Н.В. Влияние гипотиреоза и избыточной массы тела беременных на течение гестационного периода, рождение крупного плода и функциональное состояние его щитовидной железы. Вестник Ивановской медицинской академии. – 2013. – Т. 18(1). – С. 39-42.

3. Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С. Комплексная прегравидарная подготовка - реальный путь улучшения перинатальных исходов. Проблемы репродукции. – 2019. – Т. 25(6). – С. 38-43.

4. Лычагин А.С., Малинина О.Ю. Невынашивание беременности: вклад мужского фактора и возможности его преодоления. Проблемы репродукции. – 2017. – Т. 23(5). – С. 106-114.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПЕРВАВШЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В РАННИЕ СРОКИ

*Добрынина М.Л.<sup>1</sup>, Батрак Н.В.<sup>1</sup>, Малышкина А.И.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

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

**Актуальность.** Охрана материнства и детства – приоритетное направление современной репродуктивной медицины [1]. Потеря желанной беременности является как медицинской, так и социальной проблемой [2]. Известно, что риск повторного прерывания беременности достигает 17% [3]. При этом до 80% самопроизвольных абортов происходят в ранние сроки беременности [4]. На сегодняшний день известны группы этиологических факторов ранних репродуктивных потерь, к которым относятся инфекционные, эндокринные, генетические, иммунологические, коагулопатические нарушения, аномалии развития репродуктивных органов, экстрагенитальные заболевания, а средовые факторы [5]. В большинстве случаев основной фактор установить невозможно, поскольку одновременно воздействует несколько причин, и ранние репродуктивные потери, как правило, полиэтиологичны. Несмотря на достаточное количество исследований, до настоящего времени не разработана тактика ведения беременности у пациенток с ранними репродуктивными потерями. Факты, полученные при изучении причин и патогенеза эмбриональных потерь, позволят целенаправленно осуществлять лечение и реабилитацию пациенток, перенесших невынашивание в ранние сроки беременности.

**Цель.** Выявление клинико-лабораторных особенностей у беременных женщин с неразвивающейся беременностью и самопроизвольным абортом.

**Материал и методы.** Проведено проспективное исследование течения беременности у 81 женщины с угрозой прерывания беременности ранних сроков. Основную группу составили 48 пациенток с неразвивающейся беременностью. В группу сравнения вошли 33 пациентки с самопроизвольным выкидышем. Проведена оценка клинико-лабораторных данных с использованием истории болезни пациента.

**Результаты.** Анализ результатов исследования показал, что возраст женщин исследуемых групп был большим у женщин основной группы по сравнению с группой сравнения (30 (27; 34) и 27 (23; 32) лет). При оценке клинических данных клиническая картина угрожающего выкидыша чаще наблюдалась у пациенток основной группы (83,3% и 45,4%,  $p < 0,001$ ), в то время как начавшегося выкидыша – в группе сравнения (16,7% и 54,6%,  $p < 0,001$ ). Отслойка плодного яйца по ультразвуковому исследованию также чаще диагностирована у женщин группы сравнения (0% и 36,4%,  $p < 0,001$ ).

Сопоставление клинико-anamnestических и лабораторных данных позволило выявить связь неразвивающейся беременности с нарушением менструального цикла (6,25% и 0%,  $p = 0,028$ ), увеличением числа абортов в анамнезе (1,1% и 0,65%,  $p = 0,009$ ) и укорочением тромбинового времени в коагулограмме (15,2 и 16,1 сек.,  $p = 0,016$ ). При самопроизвольном выкидыше установлена связь с вагинитом при беременности (0% и 6,1%,  $p = 0,031$ ) и

повышением уровня глюкозы плазмы в биохимическом анализе крови (5,2 и 5, ммоль/л,  $p=0,012$ ).

Анализ частоты детских, гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, оперативных вмешательств, травм, аллергических реакций у женщин исследуемых групп не выявил статистически значимых различий.

**Выводы.** Установлен ряд очевидных и предположительных отличий между группами женщин с различными формами репродуктивных потерь, которые позволят разработать новые патогенетические подходы к терапии и реабилитации женщин с указанной патологией в анамнезе.

#### **Литература**

1. Артымук Н.В., Носкова И.Н., Тачкова О.А. Эффективность преконцепционной подготовки у женщин с потерей беременности в ранние сроки. Акушерство и гинекология. – 2020. –Т.1. – С. 83-92.

2. Батрак Н.В., Малышкина А.И. Факторы риска привычного невынашивания беременности. Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21(4). – С. 37-41.

3. Герасимов А.М., Батрак Н.В. Влияние гипотиреоза и избыточной массы тела беременных на течение гестационного периода, рождение крупного плода и функциональное состояние его щитовидной железы. Вестник Ивановской медицинской академии. – 2013. – Т. 18(1). – С. 39-42.

4. Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С. Комплексная прегравидарная подготовка - реальный путь улучшения перинатальных исходов. Проблемы репродукции. – 2019. – Т.25(6). – С. 38-43.

5. Лычагин А.С., Малинина О.Ю. Невынашивание беременности: вклад мужского фактора и возможности его преодоления. Проблемы репродукции. – 2017. – Т.23(5). – С. 106-114.

## ВЛИЯНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ НА РАЗВИТИЕ АНЕМИИ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Шилова Н.А., Харламова Н.В., Матвеева Е.А.*

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

**Актуальность:** Частота анемии недоношенных достигает 91,3%. Тяжесть клинических проявлений анемии тем выше, чем меньше срок гестации ребенка [1].

**Цель:** провести анализ частоты тяжелой анемии у глубоко недоношенных детей в зависимости от наличия/отсутствия врожденной пневмонии.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось на базе ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России. Всего было обследовано 274 ребенка гестационным возрастом менее 32 недель: 1 группу составили 157 детей с клинико-лабораторными признаками врожденной пневмонии; 2 группу – 117 детей без признаков врожденной пневмонии, но имевших на момент рождения дыхательные нарушения, обусловленные наличием респираторного дистресс-синдрома.

**Основные результаты:** Проведен анализ частоты развития тяжелой анемии, поскольку данное состояние требует трансфузии эритроцитарной массы. Тяжелую анемию чаще диагностировали у детей в отделении выхаживания недоношенных детей II этапа стационара клиники. Статистически значимо чаще она была выявлена у 71 (45,2%) ребенка с врожденной пневмонией по сравнению с 36 детьми (30,8%) без данной патологии ( $p=0,016$ ). Расчет отношения шансов показал, что наличие врожденной пневмонии у глубоко недоношенных новорожденных увеличивает риск развития тяжелой анемии ( $OR=1,86$ , 95%-й ДИ 1,12; 3,07).

Анемия недоношенных имеет мультифакторный генез, в том числе и инфекционный. При инфекционных процессах увеличивается продукция белков острой фазы, в том числе ферритина и гепсидина, которые принимают участие в обмене железа в организме. При заболеваниях, сопровождающихся длительной циркуляцией в плазме провоспалительных цитокинов, происходит задержка железа в клетках ретикуло-эндотелиальной системы и перегрузка их железом в составе ферритина. При этом ферритин начинает превращаться в гемосидерин. Гемосидерин крайне медленно деградирует, но, в то же время прочно связывает железо, не позволяя ему высвободиться, что приводит к снижению содержания железа в сыворотке крови. В последующем, большие количества гемосидерина подвергаются аутофагоцитозу. Повышенный уровень гепсидина при воспалении приводит к снижению всасывания железа в кишечнике. Вышеперечисленные процессы способствуют развитию анемии у недоношенных детей с врожденной пневмонией [2, 3].

**Выводы:** Наличие врожденной пневмонии у детей, родившихся глубоко недоношенными, увеличивает риск формирования тяжелой анемии у данной категории пациентов.

### Литература

1. Сахарова, Е. С. Анемия недоношенных детей : патогенез, диагностика, лечение и профилактика / Е. С. Сахарова, Е. С. Кешишян, Г. А. Алямовская // Медицинский совет. – 2015. – № 6.
2. Иваненкова, Ю. А. Особенности ретикулоцитарных показателей у глубоконедоношенных детей в динамике неонатального периода / Ю. А. Иваненкова // Педиатрическая фармакология. – 2019. – Т. 16, № 1. – С. 45–46.
3. Ferritin and the response to oxidative stress / K. Orino, L. Lehman, Y. Tsuji [et al.] // Biochem. J. – 2001. – Vol. 357, Pt. 1. – P. 241–247.

## ОСОБЕННОСТИ ЭКГ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ДИНАМИКЕ 1 ГОДА ЖИЗНИ

*Ласкина М.Ю., Харламова Н.В., Ивкова А.А., Комина Н.И.*

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

**Актуальность.** Учитывая неспецифичность клинических симптомов, основное значение при диагностике нарушений сердечно-сосудистой системы имеют данные функциональных методов обследования ребенка. Наиболее доступным инструментальным методом диагностики постгипоксических нарушений сердечно-сосудистой системы (ПН ССС) является электрокардиография (ЭКГ) [1,2].

**Цель исследования:** изучить особенности ЭКГ у доношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде и в возрасте 1 года.

**Материалы и методы:** на базе отделения новорожденных стационара клиники ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и при дальнейшем наблюдении их в кабинете катамнеза проведено клинико-электрокардиографическое обследование 110 доношенных новорожденных. I группу составили – клинически здоровые доношенные новорожденные без признаков ПН ССС (20 человек), вторую (II) группу составили 100 доношенных новорожденных, перенесшие хроническую внутриутробную и /или средне-тяжелую интранатальную асфиксию и имеющие признаки ПН ССС. Регистрацию ЭКГ проводили на компьютерном электрокардиографе с программным обеспечением «Полиспектр» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново) в 3 стандартных, 3 усиленных однополюсных отведениях от конечностей и 6 грудных отведениях. Запись ЭКГ осуществлялась в одно и тоже время суток (после третьего кормления), в состоянии покоя. Статистический анализ проведен с помощью методов непараметрической статистики.

**Результаты.** Клиническая симптоматика ПН ССС у детей I группы отсутствовала. Клинически у новорожденных детей II группы были выявлены признаки нарушений сердечно-сосудистой системы в виде генелизованного, акроцианоза и/или периорального цианоза (4,0%, 48,0% и 56,0%, соответственно), отеочного синдрома (28,0%), расширения границ относительной сердечной тупости (3,0%), приглушенности сердечных тонов (42,0%), систолического шума (14,0%), акцента 2 тона над легочной артерией (3,0%), нарушений ритма сердца (40,0%).

ЭКГ особенностями новорожденных I группы при рождении были следующие: нарушение проводимости (15,0%) в виде неполной блокады правой ножки п. Гиса, удлинение интервала QT (15,3%). Электрическая ось сердца у 17 (85,0%) детей была отклонена вправо, что соответствует физиологическим нормам в раннем неонатальном периоде. В возрасте 1 года у 10 (90,9%) детей этой группы все ЭКГ показатели были в норме, лишь у одного (9,1%) - выявлены нарушения реполяризации в виде снижения зубца T. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса отмечена у 2 (18,2%) детей, что было расценено, как вариант нормы. Электрическая ось сердца в большинстве случаев (5-45,3%) была вертикальной, у 3- 27,3% - нормальной, у 3- 27,3% - отклонена вправо.

В раннем неонатальном периоде у детей II группы были выявлены многочисленные симптомы ПН ССС: мраморность кожных покровов (2,0%), генерализованный цианоз (4,0%), акроцианоз (48,0%), периоральный цианоз (56,0%), отечный синдром (28,0%), приглушенность и глухость тонов сердца (42,0% и 2,0%, соответственно), систолический шум (14,0%), акцент 2 тона над легочной артерией (3,0%), нарушение ритма в виде тахи- (14,0%) и брадикардии (16,0%). В этой группе ЭКГ признаки были зарегистрированы у всех новорожденных: у 31 (31,0%) - были выявлены нарушения автоматизма, в т.ч. в 8% - экстрасистолия; нарушение проводимости - у 25 (25,0%): замедление желудочковой проводимости (2,0%), замедление а-в проводимости (4,0%), а-в блокада 1-2 степени (2,0%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (17,0%); нарушение реполяризации диагностировано у 84 (84,0%) детей: отрицательный зубец Т- 45- (45,0%), смещение сегмента ST - 39 (39,0%), снижение зубца Т- 22 (22,0%). Удлинение интервала QT диагностировано у 18 пациентов (18,0%), низкий вольтаж зубцов - у 37 (37,0%), признаки перегрузки различных отделов сердца - у 56 - (56,0%) новорожденных. К году лишь у 30 детей (42,9%) все показатели были в норме, у большинства детей были зарегистрированы различные нарушения: нарушения автоматизма были выявлены у 18 - 25,7% детей, что было чаще, чем у детей I группы ( $p < 0,01$ ), нарушения проводимости - у 18 - 25,7% в виде замедления атрио-вентрикулярной проводимости (11,4%), атрио-вентрикулярной блокады 1 степени (5,7%); неполная блокада правой ножки пучка Гиса выявлена у 6 - 8,6% детей. Наиболее часто у детей этой группы регистрировались нарушения реполяризации - у 32 (45,7%) детей, что значимо отличалось от данных I группы,  $p < 0,02$ . Эти нарушения имели место в виде отрицательного зубца Т у 22 (31,4%) детей, снижения зубца Т - у 6 (8,6%), смещения сегмента ST относительно изолинии - у 6 (8,6%). Низкий вольтаж зубцов (6-8,6%), удлинение интервала QT (4-5,7%) и признаки перегрузки правого и левого желудочка (12- 17,1% и 2- 2,8% соответственно) были отмечены только у детей II группы. у 28 детей (40,0%) этой группы электрическая ось сердца к году жизни была нормальной, у 16- 22,9% - вертикальной, а у 16- 22,9% - горизонтальной [3].

**Вывод.** У всех новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную и /или средне-тяжелую интранатальную асфиксию имеются клинические и ЭКГ-признаки ПН ССС, которые сохраняются у большинства детей к возрасту 1 года жизни, что требует наблюдения детского кардиолога и ЭКГ-мониторинга.

### Список литературы

1. Прахов А.В. Неонатальная кардиология: руководство для врачей - Н.Новгород: изд-во НГМА, 2017. - 464с.
2. Лутфуллин И. Я., Сафина А. И., Садькова З.П. Клиническая интерпретация электрокардиограмм в практике неонатолога // Вестник современной клинической медицины, 2013. - №6. - С.108-114.
3. Харламова Н.В. Постгипоксические нарушения сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей (механизмы формирования, прогнозирование, профилактика, коррекция): дисс. на соиск. ... д.м.н., 2011, 278с.

# ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ФОРМИРУЮЩИМСЯ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

*Кривоногов В.А., Самсонова Т.В., Назаров С.Б.*

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

**Актуальность.** По данным Федеральной службы государственной статистики в Российской Федерации ежегодно рождается более 100 тысяч недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) [1]. Эти дети наиболее подвержены риску формирования детского церебрального паралича (ДЦП), занимающего лидирующие позиции в структуре детской инвалидности [2]. Высокая частота ДЦП, достигающая до 30% среди детей с ЭНМТ и ОНМТ, обуславливает необходимость разработки новых объективных способов ранней диагностики и прогнозирования данной патологии [3,4]. Одним из перспективных диагностических методов при двигательных нарушениях является компьютерная стабилometрия, в настоящее время адаптированная к применению у детей первого года жизни [5].

**Цель** – выявить особенности стабилometрических показателей у детей первого года жизни с формирующимся детским церебральным параличом.

**Материал и методы.** На базе отделения медицинской реабилитации детей с нарушением функций ЦНС ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России проведено обследование 42 ребенка первого года жизни. Основную группу (n=24) составили недоношенные дети разного гестационного возраста с формирующимся ДЦП, контрольную группу (n=18) – доношенные дети без неврологической патологии. Детям исследуемых групп проводилась компьютерная стабилometрия в положении пациента лежа на животе с опорой на предплечья на стабилometрической платформе с высокой чувствительности для малого веса в 3–4 месяца календарного возраста для доношенных и скорректированного – для недоношенных детей. Оценивались следующие стабилometрические параметры: длина и отношение длины и ширины эллипса статокинезиограммы, площадь статокинезиограммы и отношение ее длины к площади, уровень 60% мощности спектра по фронтальной и сагиттальной составляющим, а также параметры спектра частот колебаний центра давления по вертикальной и сагиттальной составляющим (частота 1-го, 2-го и амплитуда 3-го максимумов спектра по вертикальной составляющей, амплитуда 1-го максимума спектра по сагиттальной составляющей). Диагноз ДЦП у пациентов основной группы был подтвержден при повторном неврологическом осмотре в скорректированном возрасте 1 года. Статистическая обработка была выполнена с использованием пакета прикладных программ «Statistica 13.0».

**Результаты.** Длина эллипса статокинезиограммы и отношение длины и ширины эллипса статокинезиограммы у пациентов с формирующимся ДЦП были выше, чем у детей контрольной группы (31,05 [17,44; 40,39] мм и 16,03 [13,30; 20,59] мм,  $p=0,007$ ; 6,00 [3,12; 13,62] ед и 0,39 [0,07; 0,84] ед,  $p<0,001$ , соответственно). Площадь статокинезиограммы и отношение длины статокинезиограммы к ее площади были ниже у детей основной группы по сравнению со значениями у детей контрольной группы (511,31 [181,56; 751,45]

мм<sup>2</sup> и 190,61 [132,75; 322,44] мм<sup>2</sup>,  $p=0,02$ ; 2,56 [1,77; 4,44] 1/мм и 5,67 [4,99; 6,72] 1/мм,  $p=0,001$  соответственно). Уровень 60% мощности спектра во фронтальной и сагиттальной плоскостях был ниже у пациентов с формирующимся ДЦП, чем у детей контрольной группы и составил 0,65 [0,55; 1,35] Гц и 1,55 [1,05; 2,20] Гц ( $p=0,002$ ) во фронтальной и 1,55 [0,15; 2,35] Гц и 2,45 [2,10; 2,65] Гц ( $p=0,01$ ) в сагиттальной плоскостях. Амплитуда 1-го максимума спектра по сагиттальной составляющей и амплитуда 3-го максимума спектра по вертикальной составляющей были выше у пациентов основной группы, чем контрольной (1,85 [1,34; 3,59] мм и 1,34 [1,10; 1,76] мм,  $p=0,03$ ; 0,02 [0,01; 0,04] кг и 0,01 [0,01; 0,02] кг,  $p=0,03$ , соответственно). Частота 1-го и 2-го максимума спектра по вертикальной составляющей были ниже у детей с формирующимся ДЦП по сравнению со значениями у детей контрольной группы (1,70 [0,10; 3,40] Гц и 3,20 [2,45; 3,95] Гц,  $p=0,03$ ; 1,47 [0,20; 2,80] Гц и 2,97 [2,40; 3,90] Гц,  $p=0,003$ , соответственно).

**Выводы.** В результате проведенного исследования выявлены особенности стабилметрических показателей у недоношенных детей первого года жизни с формирующимся детским церебральным параличом. Полученные результаты могут быть использованы для разработки ранних критериев диагностики и прогнозирования ДЦП, что будет способствовать своевременному началу лечебно-абилитационных мероприятий и снижению тяжести инвалидизирующих двигательных нарушений.

#### Литература

1. Смертность детей, родившихся на ранних сроках гестации, непреодолимый барьер или резерв снижения младенческой смертности? / А.С. Симаходский, Ю.В. Горелик, К.Д. Горелик [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2020. — Т. 19, №5. — С. 340-345. DOI: 10.15690/vsp.v19i5.2209.
2. Перинатальные предикторы детской инвалидности / Б.Н. Боймуродов, М.Д. Халикова, А.В. Вохидов // Вестник СурГУ. Медицина. — 2021. — Т. 48, №2. — С. 37-41.
3. Особенности нервно-психического развития недоношенных детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела / А.К. Миронова, М.Г. Самигулина, И.М. Османов [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2021. — Т. 66, №1. — С 59-65. DOI: 10.21508/1027-4065-2021-66-1-59-65.
4. Пат. 2472431 Российская Федерация, МПК А 61 В 5 0476. Способ прогнозирования формирования детского церебрального паралича у детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении / Т.В. Самсонова, Н.А. Бенис. - № 2011139009/14; Заявлено 26.09.2011; Опубл. 20.01.2013, Бюл. № 2 // Изобретения. Полезные модели. - 2013. - № 2. - 8 с
5. Самсонова Т.В., Назаров С.Б. Диагностическое значение компьютерной стабилметрии при двигательных нарушениях у детей первого года жизни // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2019. — Т. 64, №5. — С. 97-100.

## РИСКИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*Мальков А. В.<sup>1</sup>, Решетова Т. Г.<sup>2</sup>, Кюрджиева И. Ф.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

<sup>2</sup>ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» г. Иваново

**Актуальность.** Большинство проблем со здоровьем у взрослых имеют предпосылки для развития их в детском возрасте. Это касается и заболеваний мочевыделительной системы. По данным ВОЗ, заболевания мочевой системы являются второй по частоте патологией детского возраста. В последнее десятилетие частота заболеваний МВС у детей увеличилась в 2,5–3 раза. Это показывает высокую актуальность и социальную значимость проблемы выявления рисков развития МВС у детей. Прежде всего, это выявление факторов риска возникновения и склонности к прогрессированию почечной патологии.

**Цель.** Выявить значимость факторов, предшествующих развитию патологии мочевой системы у детей, находившихся на лечении в детском нефрологическом отделении ОДКБ, а период 2006 по 2022 год.

**Материалы и методы.** Наши данные базируются на результатах комплексного и углубленного анализа клинико-лабораторных, инструментальных исследований, отчетов нефрологического отделения ОДКБ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По Ю.Е. Вельтищеву (1994), существуют три фактора риска для здоровья: внешнесредовой (в большей мере экопатогенный), биологический (прежде всего связанный с генетическими влияниями) и социальный. Выявление предрасполагающих факторов риска к развитию болезни и их своевременное устранение или хотя бы, частичная нейтрализация несомненно, способствуют предупреждению патологического процесса в почках.

Анализ динамики основных болезней почек в детском нефрологическом отделении ОКБ показал превалирование от 52% до 62,6% микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы. Наиболее частым вариантом микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы является вторичный пиелонефрит, на долю которого приходится от 70,2% до 84,4%.

Среди обструктивных уropатий, способствующих развитию вторичного пиелонефрита, идет рост частоты анатомических аномалий при различных нефропатиях. При рентгеноконтрастном исследовании в большинстве это были органы стигмы дизэмбриогенеза (удвоение почек, подковообразная почка, гипоплазия почек, гидронефроз) или сочетание аномалий.

В последние 5 лет отмечается возрастание доли нефропатий, связанных с повышенной экскрецией с мочой различных метаболитов (оксалатов, фосфатов, уратов и др.) и проявляющихся в условиях нестабильности цитомембран.

За все годы существования детского нефрологического отделения ОДКБ в центре внимания находилось решение следующих основных задач: выявление факторов риска и прогрессирования почечной патологии, оптимизация существующих и внедрение новых диагностических технологий, комплексная и многоэтапная реабилитация больных детей.

**Выводы.** Представляем перечень выявленных факторов риска:

**Дородовый период:** отсутствие прегравидарной подготовки, многоводие, отслойка плаценты, преждевременные роды, длительный безводный период, родовые травмы, асфиксия новорождённого, сепсис в период новорождённости; нездоровый образ жизни будущих родителей, проживание в неблагоприятных условиях окружающей среды, наличие профессиональных вредностей у родителей, отягощенный акушерско - гинекологический анамнез у женщины, патологическое течение беременности, прием беременными различных препаратов, влияющих на развитие плода;

**Период раннего детства и дошкольного возраста:** низкая медицинская активность родителей, частые острые респираторные вирусные инфекции, острые респираторные инфекции, хронические инфекции ЛОР-органов, рецидивирующие кишечные инфекции, дисбактериоз, ранний перевод на искусственное вскармливание, функциональные и органические нарушения со стороны желудочно - кишечного тракта, неправильное питание (высокая белковая нагрузка на первом году жизни, применение нефротоксических лекарственных препаратов, нарушение водного режима, фоновые и сопутствующие заболевания (рахит, анемия, перинатальное поражение ЦНС, наличие внутриутробных инфекций, пищевая аллергия, гипотрофия, паратрофия, дисбактериоз, стрессовый фактор.

Одним из ведущих факторов в развитии почечной патологии является наследственная предрасположенность по заболеваниям почек.

Исходя из выявленных факторов риска развития почечной патологии, мы можем утверждать, что данная проблема требует тщательного внимания со стороны врачей - специалистов на разных этапах развития ребёнка. Так, начиная с периода планирования беременности, с будущими родителями должны общаться такие специалисты как акушер - гинеколог, андролог, которые могут до наступления беременности минимизировать и ликвидировать факторы риска развития патологии мочевой системы.

Далее в процессе роста и развития ребенка в наблюдении за ним должны участвовать такие врачи, как неонатолог, врач - педиатр и другие необходимые специалисты.

Следует отметить, что мультидисциплинарный подход должен обеспечиваться на всём протяжении ведения ребёнка и, при необходимости, все данные о маленьком пациенте должны предоставляться специалистам для улучшения эффективности диагностики, лечения, профилактики и реабилитации.

#### **Литература**

1. Баранов А.А., Сергеева Т.В. Достижения и перспективы развития нефрологии детского возраста//Вопросы современной педиатрии. 2007. №6.С.20-24.
2. Вельтищев Ю.Е., Игнатова М.С. Профилактическая и привентивная нефрология. 1996.
3. Вельтищев Ю.Е. Концепция риска болезни и безопасности здоровья ребенка. 1994.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

*Пунышева Т.С., Вотякова О.И.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Современные тенденции демонстрируют рост распространенности избыточной массы тела и ожирения как среди детей и подростков, так и среди взрослого населения [1]. Установлено, что данное заболевание может оказывать влияние на многие стороны жизнедеятельности человека, снижать его нормальное функционирование. В связи с этим, возрастает актуальность вопроса исследования уровня качества жизни у пациентов с ожирением и избыточной массой тела, как группы риска формирования ожирения.

**Цель** – оценить влияние ожирения и избыточной массы тела на качество жизни детей и подростков.

**Материал и методы.** На базе гастроэндокринологического и кардиоревматологического отделений для детей ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» обследовано 38 пациентов (22 мальчика и 16 девочек) в возрасте 10-18 лет (средний возраст 13,8 лет), у которых на основании значений SDS индекса массы тела (ИМТ) диагностировано ожирение (SDS ИМТ +2 и более) или избыток массы тела (SDS ИМТ >+1 и <+2). В зависимости от значения индекса массы тела пациенты были разделены на две группы: с ИМТ 22,8-53,0 кг/м<sup>2</sup>, что с учетом поло-возрастных нормативов соответствовало ожирению, с ИМТ 19,9-29,57 кг/, что указывало на наличие избыточной массы тела (F=4,8). Исследование уровня качества жизни проводилось с помощью анкетирования по опроснику для определения качества жизни у детей с ожирением или метаболическим синдромом (КЖОМС-20) [2], в котором более высокие баллы отражают более низкий уровень качества жизни. Определялись показатели самооценки пациентами состояния физического здоровья, психологической и социальной адаптации. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы MS Excel. Для выявления статистически значимых различий в частоте качественных (номинальных, порядковых) переменных применялся критерий Пирсона. В случае ограничений теста использовался критерий Фишера (F). Различия считались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ . Выявление связи между исследуемыми показателями проведено с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r).

**Результаты.** Оценка качества жизни респондентами в баллах по опроснику в среднем составила 26,39±5,13баллов (от 20,0 до 43,0 баллов) в группе детей с ожирением и 25,0±6,04 (от 20,0 до 27,0 баллов) у детей с избыточной массой тела (F=1,4). В группе детей с ожирением баллы по шкале самооценки состояния физического здоровья отражали достоверно более низкий его уровень по сравнению с детьми из группы с избытком массы тела (8,97±2,69 баллов и 7,87±1,99 баллов соответственно, F=2,02). Баллы по шкале психологической и социальной адаптации отражали отсутствие различий в сравниваемых группах (17,42±3,43 балла и 17,12±4,57 баллов, F=1,77). Корреляционный анализ выявил слабую положительную связь ( $r=0,21$ ), отражающую снижение уровня качества жизни по мере увеличения индекса массы тела в группе детей с ожирением. В обеих исследуемых группах отмечена слабая положительная корреляция между

нарастанием индекса массы тела и увеличением количества баллов по шкале состояния физического здоровья ( $r=0,11$  в группе детей с ожирением,  $r=0,23$  в группе детей с избыточной массой тела). Кроме того, у детей с ожирением отмечена прямая зависимость ( $r=0,23$ ) ухудшения качества жизни по шкале психологической и социальной адаптации от степени выраженности избытка массы тела.

**Выводы.** Полученные данные отражают, что избыток массы тела и ожирение оказывают негативное влияние на самооценку физического здоровья детей и подростков, коррелирующее с выраженностью избыточной массы тела, и возникновение трудностей в социальной и психологической адаптации при ожирении. Это обосновывает включение в комплекс медицинской реабилитации детей с ожирением квалифицированной медико-психологической помощи.

#### **Литература**

1. Грицинская В.Л., Новикова В.П., Хавкин А.И. К вопросу об эпидемиологии ожирения у детей и подростков (систематический обзор и мета-анализ научных публикаций за 15-летний период) // Вопросы практической педиатрии. 2022. Т. 17, N 2. С. 126–135. DOI: 10.20953/1817-7646-2022-2-126-135.
2. Способ определения качества жизни у детей и подростков с ожирением или метаболическим синдромом: пат. 2372854. Российская Федерация. N 2008140542/14 / В.В. Бекезин [и др.]; заявл. 13.10.08; опубл. 20.11.09, Бюл. N 32. 9 с.

## ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ, НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА ТАШКЕНТА

*Мирсагатова М.Р., Ниязова О.А., Мухаммадзокиров С.С.*

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Актуальность.** В последние годы по данным ВОЗ все большее увеличивается числа неинфекционных заболеваний причиной которого является несоблюдение правил здорового образа жизни. Одной из этих неинфекционных заболеваний современной медицины является рост распространенности ожирения среди детей и подростков. По данным Всемирной организации здравоохранения, с середины XX века на смену эпидемиям инфекционных заболеваний пришли эпидемии хронических неинфекционных заболеваний, являющихся причиной 60% всех смертей в мире и наиболее часто ассоциирующихся с избыточной массой тела (ИМТ) и ожирением [2, 4]. Ожирение в настоящее время рассматривают как хроническое, полиэтиологическое, рецидивирующее заболевание, ассоциированное с развитием целого ряда болезней, сокращающих продолжительность жизни человека и снижающих ее качество [3-5].

**Цель исследования.** Изучение и оценка физической активности, образа жизни, режима питания и употребления отдельных продуктов среди детей и подростков с ожирением.

**Материалы и методы.** Была разработана анкета опросник, которая включала в себя 50 вопросов. Все вопросы анкеты можно разделить на следующие блоки: личные данные (возраст, пол и т.д.), режим дня, физическая активность, режим и характер питания. В анкетировании участвовали 120 детей и подростков с ожирением в возрасте от 5-6 до 16-17 лет. Далее проводилась статистическая обработка данных.

**Результаты.** При проведении исследования, на вопрос о возрасте, когда они обратили внимание на появление ожирения, 35,3% приходилось на возраст 5-6 лет, 48% - в возрасте 7-10 лет, 10,7% - в возрасте 11-15 лет, и только 6% - в возрасте 16-17 лет. То есть первые признаки ожирения (излишняя масса тела) в большинстве случаев выявляется у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Предполагаемыми причинами возникновения ожирения, 49,5% участников анкетирования считали, что это неправильное питание, 27,8% - низкая физическая активность, 18,3% - наследственность, 4,6% - применение лекарственных препаратов.

Как один из показателей малоподвижного образа жизни, проанализировано время которые дети и подростки проводят за компьютером, сотовым телефоном, телевизором. Было выявлено, что 62,7% участников анкетирования проводили более 2-х часов в день за компьютером и сотовым телефоном, 37,3% - за телевизором. Для оценки физической активности детей и подростков с ожирением, были рассчитаны суммарные показатели с учетом ответов. При анализе посещаемости различных спортивных секций и уроков физкультуры, были выявлены следующие ответы: 17,5% участников анкетирования не посещают уроки физкультуры и спортивные секции, 4% - занимаются плаванием, 2% - гимнастикой (или танцами), 5% - занимаются борьбой, 3% - легкой атлетикой, 8% - парными играми (бадминтон, шахматы и т.д.).

Режим питания в зависимости от приема пищи оказалось четыре и более раз в день у 66% опрошенных, остальные 34% питались 3 раза в день (не считая перекусов). Из опрошенных, лишь 21% детей и подростков ничего не едят после ужина. А для многих детей и подростков был традиционным поздний ужин, что объяснялось поздним приходом родителей с работы.

Анализ частоты употребления отдельных продуктов питания, которые рекомендуется ограничивать при ожирении показал, что в рационе большинства детей и подростков, присутствуют бутерброды, макаронные изделия, жирная пища. Данная пища употребляется большинством детей и подростков почти ежедневно.

Согласно результатам обработки анкет, на первом месте из высококалорийных снеков, наиболее популярных при перекусах, оказались различные шоколадные батончики – 26%, на втором месте чипсы, сухарики – 22%, третье место заняли конфеты – 15%, на четвертом месте - выпечка(11%).

**Выводы.** Наибольший пик появления ожирения приходится на период начальной школы (7-10 лет). В качестве основных причин возникновения ожирения были отмечены: неправильное питание и низкая физическая активность. Большинство детей и подростков с ожирением ведут малоподвижный образ жизни, уделяя много времени развлечениям на сотовых телефонах, планшетах, компьютерах или телевизорах. Многие дети и подростки имеют нерациональное питание.

#### Литература

1. Аверьянов, А. П. Ожирение у детей и подростков: клинико-метаболические особенности, лечение, прогноз и профилактика осложнений: автореф. дис. д-ра мед. наук / А. П. Аверьянов. - Саратов, 2009. - 26 с.

2. Богданьянц, М. В. Возможные факторы риска развития ожирения у детей и подростков / М. В. Богданьянц, А. А. Джумагазиев, Д. А. Безрукова / Наука и образование сегодня. - 2016. - № 6 (7). -С. 93-94.

3. Васюкова, О. В. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ожирения у детей и подростков / О. В. Васюкова, И. Я. Конь, З. Г. Ларионова, И. В. Леонтьева, Е. В. Павловская, Г. И. Порядина, В. Б. Розанов, А. В. Стародубова, М. Ю. Щербакова; под науч. ред. А. А. Александрова, В. А. Пятеркова. - М. : Практика, 2015. - 136 с.

4. Джумагазиев, А. А. Проблема ожирения у детей в современном мире: реалии и возможные пути решения / А. А. Джумагазиев, Д. А. Безрукова, М. В. Богданьянц, Ф. В. Орлов, Д. В. Райский, Л. М. Акмаева, О. В. Усаева, Л. С. Джамаев // Вопросы современной педиатрии. - 2016. - Т. 15, № 3. - С. 250-256.

5. Niyazova O. A., Khayitov J. B., Mirsagatova M. R. RESEARCH AND EVALUATION OF THE ACTUAL NUTRITION OF CHILDREN AND ADOLESCENT CHESS PLAYERS. – 2023.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ

Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Бобошко А.В., Воробьева Е.А., Долотова Н.В.  
ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства  
им. В.Н. Городкова» Минздрава России

**Актуальность.** По данным международных научных исследований в репрезентативных выборках распространенность интернет-зависимости среди подростков колеблется от 3,7 до 10,0% [5]. В российских исследованиях от 4,25 до 22,6%. Малыгина В.Л. и Меркурьевой Ю.А. [1].

Показана связь с экстраверсией и невротизмом при интенсивном использовании социальных сетей [2, 3, 4]. Исследователи подчеркивают, что для невротиков и интровертов социальные сети являются в первую очередь своего рода компенсацией за меньшее количество социальных контактов в реальной жизни, в то время как для экстравертов они представляют собой расширение существующих возможностей общения [1, 5].

**Цель настоящего исследования:** выявить психологические факторы риска и частоту невротических расстройств у подростков 15-17 лет с интернет-зависимостью и риском ее формирования.

**Материалы и методы:** В сплошном невыборочном исследовании приняли участие 407 подростков 15-17 лет обучающихся в образовательных учреждениях г. Иваново, из них юношей - 209, девушек - 198.

Для оценки интернет-зависимости (ИЗ) использовалась методика С. Чена (S. - H. Chen, 2003, адаптация В. Л. Малыгина, К.А. Феклисова).

Личностные особенности подростков оценивали по тесту Г.Айзенка (адаптация А.Г.Шмелева). Определялась экстраверсия – интроверсия, нейротизм (эмоциональная стабильность - нестабильность).

С помощью анкеты, разработанной нами, у подростков выявляли симптомы и синдромы невротических расстройств (соматовегетативный, гипердинамический, астенический, фобический, дисморфофобический синдромы, синдром навязчивых движений и патохарактерологические реакции).

Статистическая обработка данных проводилась общепринятыми методами вариационной статистики в пакете прикладных лицензионных программ «Microsoft Office 2010», «Statistica for Windows 6.0», «OpenEpi 303». Различия показателей считались статистически достоверными при значениях  $p < 0,05$ .

**Результаты.** С помощью методики С. Чена у 33,9% подростков выявлено отсутствие интернет зависимого поведения, у 51,1% - склонность к его возникновению, 14,9% - устойчивое интернет зависимое поведение.

У подростков с устойчивым интернет зависимым поведением в 2 раза чаще, чем у их сверстников без интернет-зависимости, выявлялась интровертированность личности (21,0% и 10,3%), а также чаще - высокий и очень высокий уровень нейротизма (50,0% и 13,8%,  $p < 0,05$ ; 13,2% и 6,9%).

У подростков с риском интернет-зависимости также чаще выявлялся высокий уровень нейротизма (43,7% и 13,8%), но эти различия менее выражены. По жалобам у подростков с интернет зависимостью и риском ее возникновения, в отличие от сверстников без интернет зависимости, несколько чаще определялся

гипердинамический (73,7% и 44,8%), астенический (73,7% и 44,8%) и дисморфобический синдромы (50,0% и 24,1%).

**Выводы.** У подростков с интернет-зависимостью установлен высокий уровень нейротизма личности и несколько более высокая частота интровертированности, гипердинамического, астенического и дисморфобического синдромов, чем у сверстников без интернет-зависимости.

#### **Литература**

1.Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Антоненко А.А. Индивидуально-психологические свойства подростков как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения//Медицинская психология в России. 2015. №1 (30). С.1-14

2.Меркурьева Ю.А., Малыгин В.Л. Особенности социально-психологической адаптации и психопатологических феноменов, сопровождающих интернет-зависимость у подростков// Вопросы наркологии. 2020. №4(187). С.63-77

3.Трусова А.В., Гречаный С.В., Солдаткин В.А., и др. Предикторы развития интернет-аддикции: анализ психологических факторов //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ Бехтерева. 2020. № 1. С. 72—82. DOI:10.31363/2313-7053-2020-1-72-82

4.Холмогорова А.Б., Герасимова А.А. Психологические факторы проблемного использования Интернета у девушек подросткового и юношеского возраста // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 3. С. 138—155. DOI:10.17759/cpp.2019270309

5. Shao Y.J., Zheng T., Wang Y.Q., Liu L., Chen Y., Yao Y.S. Internet addiction detection rate among college students in the People's Republic of China: a meta-analysis // Child. Adolesc. Psychiatry. Ment. Health. – 2018. – Vol. 12. – P. 25. – doi: 10.1186/s13034-018-0231-6.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Пчелинцева Е.В.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** В современных социально-экономических условиях, одной из актуальных проблем общества следует считать распространенность психосоматических заболеваний среди детей дошкольного возраста. В настоящее время получено достаточное количество данных подтверждающих роль психоэмоционального взаимодействия между матерью и ребенком, имеющего психосоматическое расстройство [1]. Согласно данным научно-исследовательских работ, одной из причин, способствующих заболеваемости среди детей дошкольного возраста, является «дисбаланс в семейной системе, межличностных взаимоотношений в диаде «мать - ребенок» [1]. Научные исследования (Р.Ж. Мухамедрахимова, Н.А. Аринцина и др.) [3] указывают на важность изучения межличностных отношений ребенка с психосоматическим расстройством и сопровождающих его взрослого, прежде всего, матери. Позиция современных исследований предполагает, что депрессивное состояние, тревога, подавленность настроения матери оказывает неблагоприятное воздействие на процесс выздоровления, психическое развитие ребенка дошкольного возраста [2]. Депрессионные, тревожные расстройства матери снижает эмоциональную чувствительность к нуждам малыша, ответственность за выполнение рекомендаций врача [4].

**Целью нашего исследования** стало изучение особенностей психоэмоционального состояния детей, имеющих психосоматические расстройства в возрасте 3-7 лет в зависимости от эмоционального состояния сопровождающих их матерей.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 30 детей (13 девочек, 17 мальчиков) с психосоматическим расстройством в возрасте от 3 лет до 7 лет (средний возраст  $7,75 \pm 3,85$ ) и 30 матерей, принимавших участие в психотерапевтической программе «Мама+малыш», реализуемой в детском центре общественного благотворительного фонда «МАМА» Ивановской области в 2022-2023 году.

**Результаты и обсуждение.** У женщин первой группы при оценке эмоционального статуса по шкале HADS симптомы тревоги отсутствовали, у  $(4,0 \pm 1,5$  балла) 56,4%, субклинически-выраженная тревога  $(9,2 \pm 0,8$  балла) определялась у 21,8%, клинически-выраженная тревога  $(13,2 \pm 1,8$  балла) – у 21,8. Симптомы депрессии у матерей первой группы отсутствовали. Изучение эмоционального состояния детей данной группы по методике А.И. Захарова, М.А. Панфиловой «Страхи в домиках», выявил отсутствие страхов у 21,7%. страх темноты у 34,8%, страх несуществующих животных – у 17,5%. У женщин второй группы частота субклинически-выраженной тревоги, клинической тревоги, депрессии возрастала. Так, отсутствовали симптомы тревоги у 43,8%, субклинически-выраженная тревога была у 25%, клинически-выраженная тревога – у 31,5%. Симптомы депрессии отсутствовали у 56,5%, субклинически-выраженная депрессия была у 12,5%, клинически-выраженная депрессия – у 31,5% матерей. У детей этой группы страхи отсутствовали у 12,5%, страхи сказочных

героев у 50%, страхи животных у 19%. Среди обследованных третьей группы, в отличие от женщин второй группы, нарастали симптомы субклинически выраженной тревоги и клинически выраженной депрессии. Так, симптомы тревоги отсутствовали у 28,6%, субклинически выраженная тревога – у 42,8%, клинически-выраженная тревога – у 28,6%; признаки депрессии отсутствовали у 33,4% субклинически выраженная депрессия не выявлялась, а клинически-выраженная депрессия отмечалась у 66,6%. У детей третьей группы отмечалось нарастание страхов. Так, у 23,8% присутствовали страхи темноты, у 23,8% страхи сказочных героев, у 23,8% страх животных. Расстройства других когнитивных процессов (памяти, речи, мышления) у детей не отмечалось.

**Выводы.** Таким образом, увеличение степени выраженности эмоциональных нарушений матерей, сочетались с увеличением детских страхов. Во время игры с ребенком, матери часто отвлекаются, проявляют невнимательное отношение к его просьбам, не проявляют эмоциональной поддержки, участие в решении игровых ситуаций, в развитии сюжета, игрового замысла. Дети таких матерей вынуждены уходить в свой внутренний мир, чтобы «защититься» от таких отношений с матерью, они с трудом вступают в контакт с психологом, мало интересуются внешним миром, игрушками, тематика рисунков примитивная. Основными направлениями психологической поддержки таких семей, на наш взгляд, являются программы медико - психологического сопровождения детей и их родителей в системе реабилитации, включающей методы сказкотерапии, разработанные с учетом системного семейного подхода, учитывающего специфику семейного окружения, формирование адекватного отношения к болезни ребенка обучение способам релаксации, тренинг развивающего детско-родительского взаимодействия особенности протекания психосоматического заболевания.

Комплексный подход в реабилитации детей, испытывающих страх как следствия снижения эмоционального фона настроения матери, включал психосоматическую гимнастику, психосоматические упражнения для возможности самовыражения через телесно-ориентированные техники, но и творческие задания на актуализацию страха путём его рисования с последующим преобразованием.

### **Литература**

- 1.Вербовская, В.С. О готовности педагогов дошкольной образовательной организации к развитию эмоциональной отзывчивости у детей/ В.С.Вербовская, А.Г.Гогоберидзе // Вестник НВГУ. –2016. – №1. – С.40-46
- 2.Виндельбанд, В.В. Психическая травма: ретроспективный образ теоретических обоснований, феноменология и психотерапия/В.Виндельбанд, Н.В.Власова // Психологические науки-2020-№1 -С.53-56.
3. Голубева Е. В., Истратова О. Н. Эмоциональное отвержение ребенка родителями: причины и последствия: монография. – Москва: ИНФРА-М, 2020. – 186 с.
4. Дмитриева С А. Проявление тревожности у учащихся младшего школьного возраста с задержкой психического развития в условиях социальной депривации / С.А.Дмитриева, Н.Ю. Верхотурова Е.А. Сигида, И.Е.Лукьянова, С.Н.Утенкова, //Психологические науки, Науки об образовании. –2020. –№2 (58). – С.32-42

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ

*Ванда А.С.<sup>1</sup>, Малькевич Л.А.<sup>1</sup>, Семкина А.С.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр спорта

г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Проблема травматизма и реабилитации спортсменов продолжает оставаться одной из самых актуальных в спортивной медицине. Уровень спортивного травматизма превышает 18%, что значительно для данной категории. Факторами риска возникновения травм являются специфические особенности профессиональной спортивной деятельности, стресс-факторы и возникающие в результате этого функциональные и психоэмоциональные изменения в организме спортсмена, а также отклонения в состоянии здоровья [1]. Травмы голеностопного сустава составляют около 85 % от всех спортивных травм. К наиболее распространенным травмам опорно-двигательного аппарата среди спортсменов относятся: ушибы, различной степени повреждения связок и сухожилий, разрывы мышц, переломы костей. Ушибы и растяжения регистрируются чаще других повреждений. Реабилитация при повреждениях голеностопного сустава напрямую зависит от вида травмы, патогенеза заболевания. Немаловажную роль играют индивидуальные особенности организма. Решающими в медицинской реабилитации спортсменов являются принципы раннего начала, комплексность используемых методов и средств, непрерывность и этапность процесса реабилитации (особенно при переходе от медицинской спортивной реабилитации к спортивной тренировке). Система долгосрочного планирования, учитывающая реабилитационный прогноз и реальные сроки восстановления, своевременный контроль (механизм точного дозирования нагрузки) позволяет подвести спортсмена к тренирующему режиму, исключая риск серьезных осложнений. Экспертная оценка степени клинко-функционального состояния спортсмена и готовности возобновить нормальный тренировочный процесс предупреждает рецидивы травм.

В комплексном лечении и реабилитации травм у спортсменов широко используются физиотерапевтические методы и средства кинезиотерапии. Спектр их настолько широк, что порой, трудно отдать предпочтение какому-либо их них. Физические нагрузки, ввиду невозможности отказаться ходить, полностью исключить нельзя. Поэтому лечебная физкультура при травмах голеностопного сустава никогда не бывает противопоказанной.

**Цель:** оценка сроков восстановительного периода у спортсменов при использовании различных средств медицинской реабилитации.

**Материалы и методы.** Исследования проводили на базе «РНПЦ спорта» у спортсменов с ушибами, повреждением связок и переломами голеностопного сустава. Всем пациентам соблюдался протокол PRICE (Protection – защита, Rest – покой, Ice – лед (холод), Compression – компрессия, Elevation – приподнятие стопы) [2]. Применение ортезов (в зависимости от степени нарушения целостности волокон – легкой, средней, жесткой степени фиксации) с возможной иммобилизацией до 7 дней в короткой гипсовой лонгете, а в последующем – жестком ортезе (брэйсе). Пациентам I группы с ушибами голеностопного

сустава(21 человек) проводилась локальная криотерапия, магнитотерапия, легкие упражнения без осевой нагрузки на ногу (решались индивидуально, но не позднее 6 часов после травмы).ПациентамII группы с повреждением связок голеностопного сустава(12 человек) назначалась локальная криотерапия, ультрафонофорез фастум-геля, синусоидальные модулированные токи, магнито- и магнито-лазеротерапия, низкоинтенсивная кинезотерапия (идиоматорные и изометрические упражнения в пораженной конечности) и без ограничения в здоровой. Пациентам с переломами (в зависимости от того, какой метод лечения – консервативный или оперативный) (III группа – 7 человек) назначалась магнито-лазерная терапия, общая криотерапия, со второго дня –ЛФК (идиоматорная и изометрическая тренировка) в свободных от иммобилизации суставах травмированной конечности. После оперативного лечения (металлоостеосинтез) со второго дня после операции добавлялись движения пальцев ноги, в коленном суставе с облегчением для голеностопного сустава, гравитационная тренировка. Основные и контрольные группы были сопоставимы по полу, возрасту и характеру травм.

Оценивали сроки купирования болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)и сроки восстановительного периода спортсменов (время возвращения к тренировкам).

**Результаты.** В клинической картине у всех пациентов отмечался болевой синдром, который вI, II, III группах наблюдения купировался к 3–6 процедуре (3-6 день после получения травмы). В контрольных группах боль в травмированной конечности сохранялись длительное время (в среднем до 12-14 дней). Восстановление подвижности в пораженном суставе воII группе наблюдалось к 9–11 неделе, в III – к 6-8 неделе после получения травмы. У пациентов I группы наблюдения нарушений функции сустава не было. Полное восстановление функции конечности и возвращение к спортивной тренировке у пациентов групп наблюдения состоялось на 15 день – в I группе; на 19 неделе и 10 неделе во II и III группах соответственно, что значительно раньше, чем во всех контрольных группах.

**Выводы.** Сочетанное применение физиотерапии и кинезиотерапии на раннем этапе лечения спортсменов с травмами голеностопного сустава повышает эффективность лечения, позволяет сократить сроки восстановительного периода и быстрее возобновить тренировки.

#### **Литература**

1. Агафонова, М.Е. Принципы профилактики спортивного травматизма/ М.Е. Агафонова// Спортивный травматизм: состояние вопроса, инновационные формы профилактики и практический опыт реабилитации. – 2021. С.3-10.

2. Клинические протоколы диагностики и лечения ортопедо-травматологических больных (утверждены приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2019 г. № 484).

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Скорлупкин Д.А., Голубева Е.К.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Актуальность.** Характер функционирования висцеральных систем организма в значительной мере определяется индивидуальными особенностями его вегетативного статуса. От тонической активности симпатических и парасимпатических нервных центров, прежде всего, зависит деятельность сердечно-сосудистой системы, поэтому одним из наиболее точных методов оценки состояния вегетативных регуляторных механизмов и адаптивных возможностей человека является анализ variability сердечного ритма (ВСР) [1]. Одним из факторов, влияющих на вегетативный баланс, является циклическое изменение функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы женщин, в связи с чем актуальным представляется не только выявление половых различий сердечного ритма, но и исследование особенностей ВСР в зависимости от фазы менструального цикла [4].

**Цель исследования** – изучить половые особенности variability сердечного ритма у лиц молодого возраста.

**Материалы и методы исследования.** Оценка вегетативной регуляции сердечного ритма выполнена у 100 студентов ИвГМА (50 мужчин и 50 женщин) в возрасте 18-20 лет. Женщин обследовали в фолликулярную и лютеиновую фазу менструального цикла. Запись ЭКГ производили с использованием электрокардиографического комплекса «Поли-спектр» («Нейрософт», г. Иваново) в течение 5 минут в положении лежа на спине. Анализировали временные и спектральные показатели ВСР. Для статистической обработки полученных результатов использовали электронные таблицы Excel и программу Statistica. Рассчитывали медиану, первый и третий квартили (Me [Q1; Q3]). Достоверность межгрупповых различий оценивали с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты исследования.** Анализ ВСР показал, что у мужчин мощность спектра в диапазоне высоких частот (HF,  $\text{мс}^2$ ) составляет 1803,00 [1052,00; 3466,00]  $\text{мс}^2$ , при этом мощность низкочастотного компонента спектра (LF,  $\text{мс}^2$ ) – 1011,50 [647,50; 1957,25]  $\text{мс}^2$ . Это свидетельствует о преобладании парасимпатических влияний на ритм сердца в состоянии покоя. Сравнительный анализ ВСР у мужчин и женщин позволил выявить меньшую функциональную активность парасимпатических центров у женщин, как в фолликулярную, так и в лютеиновую фазу менструального цикла, о чем свидетельствует более низкая, чем у мужчин, величина высокочастотного компонента спектра. В фолликулярную фазу у женщин HF составляет 1239,50 [630,50; 2211,25]  $\text{мс}^2$  ( $p=0,02$ ), а во время лютеиновой фазы – 1436, 50 [697,25; 2064,50]  $\text{мс}^2$  ( $p=0,04$ ). Частота сердечных сокращений (ЧСС) у мужчин составляет 64,70 [57,95; 71,30] уд/мин, что меньше, чем у женщин, и определяется большей активностью парасимпатических центров. В фолликулярную фазу менструального цикла ЧСС у женщин соответствует 70,70 [64,77; 78,65] уд/мин ( $p=0,001$ ), в лютеиновую фазу – 72,30 [66,62; 77,00] уд/мин ( $p=0,0007$ ). Средняя продолжительность R-R интервала (RRNN, мс) у мужчин равна 927,00 [841,00; 1035,50] мс, стандартное

отклонение R-R интервалов (SDNN, мс) – 68,00 [56,50; 91,50] мс [2]. У женщин в фолликулярную фазу значение RRNN составляет 848,50 [762,50; 926,50] мс, а SDNN – 61,00 [47,00; 70,25] мс, что достоверно меньше, чем у мужчин ( $p=0,001$ ,  $p=0,02$  соответственно). В лютеиновую фазу RRNN – 830,00 [779,00; 900,25] мс, SDNN – 60,00 [43,25; 75,00] мс, что также меньше по сравнению параметрами, характеризующими длительность временных рядов кардиоинтервалов у мужчин ( $p=0,0007$ ,  $p=0,05$  соответственно). Сравнительная оценка ВСП у женщин в разные фазы менструального цикла показала, что в лютеиновую фазу доля LF в общей мощности спектра составляет 28,50 [20,10; 34,70] %, что больше, чем в фолликулярную фазу, во время которой доля LF равна 23,00 [17,65; 28,75] % ( $p=0,02$ ). Это свидетельствует о более высокой функциональной активности симпатических вегетативных центров во время лютеиновой фазы, что, вероятно, связано с увеличением концентрации эстрадиола и прогестерона в крови [3].

**Выводы.** Таким образом, у женщин, как в фолликулярную, так и в лютеиновую фазу менструального цикла функциональная активность парасимпатических вегетативных центров меньше, чем у мужчин. При этом в лютеиновую фазу отмечается более высокий уровень симпатических влияний на ритм сердца, чем в фолликулярную.

#### Литература

1. Анализ и прогнозирование резервных возможностей организма студентов по параметрам variability сердечного ритма / Кретова И.Г., Ведясова О.А., Комарова М.В., Ширяева О.И. // Гигиена и санитария. 2017. № 96(6). С. 556-561.

2. Новиков А.А., Смоленский А.В., Михайлова А.В. Подходы к оценке показателей variability сердечного ритма (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2023. №3.

3. A study of sympathetic function tests during different phases of menstrual cycle in normal healthy females / Garg R., Malhotra V., Dhar U., Tripathi Y. // Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences. 2014. № 3(24). P. 6590-6600.

4. Yazar S., Yazici M. Impact of Menstrual Cycle on Cardiac Autonomic Function Assessed by Heart Rate Variability and Heart Rate Recovery // Medical Principles and Practice. 2016. № 25(4). P. 374-377.

## АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

*Шевцова В.И., Котова Ю.А., Колпачева М.Г.*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет  
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

**Актуальность.** Гипертоническая болезнь является риском развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной и почечной недостаточности [1]. Несмотря на разработку международных рекомендаций и схем лечения данного заболевания, число пациентов во всем мире, страдающих от артериальной гипертензии, продолжает расти. Приверженность к терапии означает своевременное употребление лекарственных, согласно рекомендованной схеме, и нефармакологических рекомендаций в течение срока, рекомендованного врачом [1]. Плохая приверженность к лечению артериальной гипертензии является одной из главных причин развития осложнений [2].

**Цель.** Оценить причины неэффективности подобранной терапии пациентам с артериальной гипертензией.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКП 3. В исследовании приняли участие 100 пациентов мужского и женского пола старше 45 лет, которые состоят на диспансерном учёте по поводу артериальной гипертензии, и имеют жалобы на неконтролируемость уровня артериального давления. Пациенты заполняли анкету во время визита к терапевту в рамках диспансерного наблюдения. Были проанализированы амбулаторные карты пациентов, принимающих участие в научном исследовании, личные дневники самонаблюдения, а также лабораторные данные: результаты общего и биохимического анализов крови. Всем пациентам были предоставлены анкета Хилл-Боун и опросник КОП-25. Анкета Хилл-Боун включает в себя 14 вопросов, определяющих поведение пациента в отношении приема антигипертензивной терапии и посещения лечащего врача. Опросник КОП-25 состоит из 25 вопросов для количественной оценки приверженности пациентов к лечению; рассчитывается приверженности: к лекарственной терапии, к медицинскому сопровождению, к модификации образа жизни, интегральная приверженность к лечению [2].

**Результаты.** Среди 100 исследуемых 54 человека составляли мужчины и 46 женщины. Средний возраст  $62,4 \pm 7,8$  лет. Среднее время с момента постановки диагноза составило  $8,47 \pm 2,4$  года. Большинство пациентов принимали 3 таблетки ежедневно.

При анализе жалоб пациентов выявлено, что 78% пациентов предъявляли жалобы на регулярное повышение артериального давления. 27% утверждали, что повышение артериального давления имело контролируемый для них характер, а 73% пациентов отмечали неконтролируемый характер артериальной гипертензии. 44% связывали повышение АД с психо-эмоциональными стрессами; 22% связывали свое состояние с нерациональным питанием; 7% с низкой физической активностью; 37% с курением в прошлом/настоящем времени; 40% с избыточным весом и 33% пациентов с неправильным чередованием труда и отдыха и недостаточной продолжительностью сна. Определено, что 80,7% пациентов жаловались на головную боль, 56,8% на гиперемия лица, 44,3% на

головокружение, 13,5% на нарушение зрения, 79% на шум в ушах, 44% на боли в области сердца и отдышку.

При анализе результатов опросника Хилла-Боун выявлено, что 95% пациентов набрали менее 30 баллов. Средний балл по опроснику составил 27±4 балла. Данные результаты указывают на сниженную приверженность к терапии. Далее были оценены результаты опросника КОП-25. По паттерну приверженности к лекарственной терапии 47% пациентов имели низкий уровень приверженности, по паттерну приверженности к медицинскому сопровождению – 64% имели средний уровень приверженности; по паттерну приверженности к модификации образа жизни – 42% имели низкий уровень; по паттерну интегральной приверженности лечению – 48% имели низкий уровень. Полученные показатели свидетельствуют о том, что полученные пациентами рекомендации и назначения от врача, скорее всего, не выполнялись. По результатам обработки данных медицинских амбулаторных карт было установлено, что всем пациентам, принимающим участие в данном исследовании, было назначено корректное лечение на основании клинических рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых», утвержденных Минздравом России [2]. При анализе показателей биохимического анализа крови у 63,7% пациентов было выявлено повышение уровня общего холестерина более 5,5 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности более 3 ммоль/л, триглицеридов более 1,7 ммоль/л.

#### **Выводы.**

1. Установлено, что всем пациентам было назначено корректное лечение на основании клинических рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых», утвержденных Минздравом России.

2. Результаты анкетирования Хилл-Боун указывают на сниженную приверженность пациентов к терапии.

3. Результаты опросника КОП-25 говорят о том, что приверженность лекарственной терапии, приверженность модификации образа жизни и интегральная приверженность к лечению у пациентов соответствуют низкому уровню приверженности (47%, 42% и 48% соответственно), а приверженность медицинскому сопровождению у пациентов соответствует среднему уровню (64%).

#### **Литература**

1. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(3):2562. doi:10.15829/1728-8800-2020-2562

2. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых», год утверждения 2022

## Содержание

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ	
Блинова К.А., Мишина И.Е.....	3
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОТДАЛЕННЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	
Омельяненко М.Г.....	7
ФАКТОРЫ РИСКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ОСЛОЖНЕННЫМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК	
Арсеничева О.В.....	9
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Антонов А.В., Абрашкина Е.Д., Завада С.М.....	11
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	
Батрак Г.А., Чижова А.С.....	13
ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ В ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Романенко И.А., Маврычева Н.В.....	15
ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЭНДОКРИНОЛОГА	
Батрак Г.А., Глебова Е.М.....	17
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ.	
Колпачева М.Г., Шевцова В.И., Добрынина И.С., Котова Ю.А.....	19
СРАВНЕНИЕ ШКАЛ SCORE2 И SCORE ДЛЯ РАСЧЕТА 10-ЛЕТНЕГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ	
Колпачева М.Г., Шевцова В.И., Котова Ю.А.....	21
ОЦЕНКА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ КАНЗАССКОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ БОЛЬНЫХ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (КССQ)	
Котова Ю.А., Шевцова В.И., Колпачева М.Г.....	23
ДИАГНОСТИКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА В РАМКАХ УГЛУБЛЕННОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ	
Шевцова В.И., Котова Ю.А., Колпачева М.Г.....	25
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПАДЕНИЙ В БЫТУ	
Пайкова А.С., Александров М.В.....	27
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДДЕМЕНТНЫХ И ДЕМЕНТНЫХ РАССТРОЙСТВ У	29

ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА Лакутин А.А, Емельянцева Т.А, Корзун В.А.....	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТАХ МОЗЖЕЧКА	
Губская К.В., Жашуева А.Т., Линьков В.В., Синицына Л.В.....	31
РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СОМАТОСЕНСОРНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ	
Линьков В.В., Гулаев Е.В., Гаранина Е.С., Соломонова Т.В., Шапкина О.К.....	33
НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОТВОДОВ ОТ ДОНАЦИЙ КРОВИ	
Дубравина В.В., Спирина Е.В., Пирвердиева Р.С., Соловьёва Ю.С.....	35
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	
Корулин С.В., Дубравина В.В.....	37
МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА, КАК АКТИВНЫЙ УЧАСТНИК ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	
Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н.....	39
СЕСТРИНСКИЙ УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А.....	41
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ	
Малькевич Л.А., Ванда А.С., Девина Е.А.....	43
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Бровцев О.В, Мушников Д.Л., Угланова Н.Н.....	45
ОСОБЕННОСТИ КУЛЬТУРЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕГО ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	
Безлихотнова Е.А., Угланова Н.Н.....	47
ХАРАКТЕРИСТИКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ	
Тевризова А.С., Угланова Н.Н.....	49
МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ О ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Мушников Д.Л., Олейник А.В., Гермаханов З.З., Угланова Н.Н., Кадырова Н.Ю.....	51
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ АРОМАТЕРАПИИ	
Фролова О.М., Рябчикова Т.В.....	53
О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МАСТОПАТИИ	
Колпаков Р.Ю., Аллахвердиев Л.М., Ландарь Л.Н.....	55
РОЛЬ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН	
Каминская Н.В., Рябчикова Т.В.....	59
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Рябчикова Т.В., Фролова О.М.....	62
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ	64

Блинова К.А., Жабурина М.В., Колчанов В.А., Варников А.Н.....	
ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ В МЕХАНИЗМАХ РОСТА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ	
Мальшкіна Д.А., Сотнікова Н.Ю., Воронин Д.Н. ....	67
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ	
Безирова Л.Х., Мальшкіна А.И., Назарова А.О., Логинова В.С., Назаров С.Б. ....	69
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ И ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ	
Колеснікова А.М., Мальшкіна А.И., Таланова И.Е., Песикін Р.О. ....	71
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ	
Батрак Н.В., Добрынина М.Л., Мальшкіна А.И. ....	73
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПРЕВРАЩАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В РАННИЕ СРОКИ	
Добрынина М.Л., Батрак Н.В., Мальшкіна А.И. ....	75
ВЛИЯНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ НА РАЗВИТИЕ АНЕМИИ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	
Шилова Н.А., Харламова Н.В., Матвеева Е.А. ....	77
ОСОБЕННОСТИ ЭКГ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ДИНАМИКЕ 1 ГОДА ЖИЗНИ	
Ласкина М.Ю., Харламова Н.В., Ивкова А.А., Комина Н.И. ....	79
ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ФОРМИРУЮЩИМСЯ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Кривоногов В.А., Самсонова Т.В., Назаров С.Б. ....	81
РИСКИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	
Мальков А.В., Решетова Т.Г., Кюрджиева И.Ф. ....	83
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	
Пупышева Т.С., Вотякова О.И. ....	85
ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ, НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА ТАШКЕНТА	
Мирсагатова М.Р., Ниязова О.А., Мухаммадзокиров С.С. ....	87
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ	
Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Бобошко А.В., Воробьева Е.А., Долотова Н.В. ....	89
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Пчелинцева Е.В. ....	91
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ	
Ванда А.С., Малькевич Л.А., Семкина А.С. ....	93
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	
Скорлупкин Д.А., Голубева Е.К. ....	95
АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	
Шевцова В.И., Котова Ю.А., Колпачева М.Г. ....	97

*Текстовое электронное издание*

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ,  
РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И  
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАВМАМИ»

МАТЕРИАЛЫ  
XI межрегиональной  
научно-практической конференции  
с международным участием

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. 153012, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8