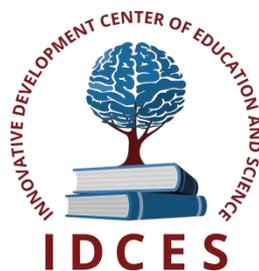


**ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ**  
**INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE**



**Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом**

**Выпуск IV**

**Сборник научных трудов по итогам  
международной научно-практической конференции  
(11 февраля 2017 г.)**

**г. Новосибирск**

**2017 г.**

УДК 61(06)  
ББК 5я43

**Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом**, / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 4. г. **Новосибирск**, 2017. 101 с.

**Редакционная коллегия:**

д.м.н., профессор Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Балязин В.А. (г. Ростов-на-Дону), д.м.н., профессор Белов В.В. (г. Челябинск), д.м.н., профессор Быков А.В. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Грек О.Р. (г. Новосибирск), д.м.н. Гайнуллина Ю.И. (г. Владивосток), д.м.н. Гумилевский Б.Ю. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Даниленко В.И. (г. Воронеж), д.м.н., профессор, академик РАЕН, академик МАНЭБ Долгинцев В.И. (г. Тюмень), д.м.н. Долгушина А.И. (г. Челябинск), д.м.н., профессор Захарова Н.Б. (г. Саратов), д.м.н., доцент Изможерова Н.В. (г. Екатеринбург), д.м.н., доцент Ильичева О.Е. (г. Челябинск), д.м.н., профессор Карпищенко С.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., профессор Колокольцев М.М. (г. Иркутск), д.м.н. Куркатов С.В. (г. Красноярск), д.м.н. Курушина О.В. (г. Волгоград), д.м.н., член-корреспондент РАЕ Лазарева Н.В. (г. Самара), к.ф.-м.н. Лапушкин Г.И. (г. Москва), д.м.н., доцент Малахова Ж.Л. (г. Екатеринбург), д.м.н., профессор Нартайлаков М.А. (г. Уфа), д.м.н., профессор Расулов М.М. (г. Москва), д.м.н., профессор Смоленская О.Г. (г. Екатеринбург), д.м.н., профессор Тотчиев Г.Ф. (г. Москва), к.м.н., доцент Турдыева Ш. Т. (г. Ташкент), д.м.н. профессор Тюков Ю.А. (г. Челябинск), к.м.н., доцент Ульяновская С.А. (г. Архангельск), д.м.н., профессор Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., профессор Юлдашев В.Л. (г. Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам III Международной научно-практической конференции «**Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом**», г. **Новосибирск** представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, не подлежащих открытой публикации. Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением авторов. Материалы размещены в сборнике в авторской правке

Сборник включен в национальную информационно-аналитическую систему "Российский индекс научного цитирования" (РИНЦ).

© ИЦРОН, 2017г.  
© Коллектив авторов

## Оглавление

<b>СЕКЦИЯ №1.</b>	
<b>АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)</b> .....	8
АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ	
Довгань А.А. ....	8
ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА У ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ	
БЕСПЛОДИЕМ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	
Попова-Петросян Е.В.....	9
<b>СЕКЦИЯ №2.</b>	
<b>АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)</b> .....	12
К ВОПРОСУ О СТРУКТУРЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	
Гарелина П. А., Тюменкова А. В., <sup>1</sup> Перова М. В., <sup>2</sup> Бутин Е.В., Ульяновская С.А.....	12
<b>СЕКЦИЯ №3.</b>	
<b>АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ</b>	
<b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)</b> .....	15
<b>СЕКЦИЯ №4.</b>	
<b>БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)</b> .....	15
ЧАСТОТА МЕДИАСТИНИТА У БОЛЬНЫХ	
С ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ	
Пентегова Е.В., Савенко В.М.....	15
<b>СЕКЦИЯ №5.</b>	
<b>ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА,</b>	
<b>ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ</b>	
<b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)</b> .....	17
ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ	
НАРУШЕНИЙ В ЭРИТРОЦИТАХ, МОНОЦИТАХ И НЕЙТРОФИЛАХ	
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СПОРТСМЕНОВ В ТЕЧЕНИЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО	
ПРОЦЕССА	
Казимирко Н. К., Шанько В. М., Ступницкая Н. С., Мочалова И. С., Перфильева М. Ю. ....	17
<b>СЕКЦИЯ №6.</b>	
<b>ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)</b> .....	19
ОРОФАСЦИАЛЬНЫЕ БОЛИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА	
Биткова Е.Н., Дятлова А.Г.....	20
<b>СЕКЦИЯ №7.</b>	
<b>ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №8.</b>	
<b>ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №9.</b>	
<b>ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №10.</b>	
<b>ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №11.</b>	
<b>ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №12.</b>	
<b>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №13.</b>	
<b>ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)</b> .....	22

УСЛОВИЯ УСПЕШНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С РАСПАДОМ И УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ К ХИМИОПРЕПАРАТАМ Шилов В.Н. ....	22
<b>СЕКЦИЯ №14.</b> <b>КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)</b> .....	24
<b>СЕКЦИЯ №15.</b> <b>КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)</b> .....	25
<b>СЕКЦИЯ №16.</b> <b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)</b> .....	25
МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Карпин В.А., Мельникова Е.Н., Полухин В.В. ....	25
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ Сюрин С.А., Сочкова Л.В. ....	27
<b>СЕКЦИЯ №17.</b> <b>КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)</b> .....	30
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОФЛАВИНА В СОСТАВЕ БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА Тюкина Т.А., Дикова О.В., Шаповалова В.О. ....	30
<b>СЕКЦИЯ №18.</b> <b>ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)</b> .....	32
<b>СЕКЦИЯ №19.</b> <b>МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)</b> .....	32
ИЗМЕНЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛЕТОК КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ КРЫСЫ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКИХ ДОЗ ДДТ Цомартова Д.А. ....	33
<b>СЕКЦИЯ №20.</b> <b>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ</b> <b>РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)</b> .....	34
<b>СЕКЦИЯ №21.</b> <b>МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)</b> .....	34
<b>СЕКЦИЯ №22.</b> <b>НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)</b> .....	34
<b>СЕКЦИЯ №23.</b> <b>НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)</b> .....	35
<b>СЕКЦИЯ №24.</b> <b>НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)</b> .....	35
<b>СЕКЦИЯ №25.</b> <b>НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)</b> .....	35
<b>СЕКЦИЯ №26.</b> <b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)</b> .....	35
МОДЕРНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Аносова Ю.А., Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю., Кочетов М.В., Авдеев А.В. ....	35

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ЧИСЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Гаджиева С.М. ....	37
К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Лапина Л.М.* , Сердюковский С.М.** THE QUESTION OF PERFECTION OF THE INFORMATION SECURITY MANAGEMENT OF MEDICAL ORGANIZATIONS Lapina L.M.* , Serdyukovskiy S.M.** .....	39
ЭРГОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ФОТОХРОНОМЕТРАЖ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧА-ОСТЕОПАТА Мохов Д.Е., Юшманов И.Г. ....	44
ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Усманова Р.М. ....	45
<b>СЕКЦИЯ №27.</b>	
<b>ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12) .....</b>	<b>47</b>
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА Кутуков В.В., Джанибекова Д.Э., Зайцев И.В., Чаркина Е.С. ....	48
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ – КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) Шаврина Ю.А. , Редькин А.Н., Ольшанский М.С., Ниникашвили Л.В. ....	51
<b>СЕКЦИЯ №28.</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02).....</b>	<b>53</b>
<b>СЕКЦИЯ №29.</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03) .....</b>	<b>53</b>
<b>СЕКЦИЯ №30.</b>	
<b>ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08).....</b>	<b>54</b>
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D И ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕПЕНИИ У ДЕТЕЙ Иванова Р.Л., Ахметжанова Д.О. ....	54
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА ЗАБОЛЕВАНИЯ Рупасова К. И., Варламова Т. В. ....	57
<b>СЕКЦИЯ №31.</b>	
<b>ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00) .....</b>	<b>58</b>
<b>СЕКЦИЯ №32.</b>	
<b>ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06).....</b>	<b>58</b>
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕМЕНЦИИ И ДЕПРЕССИИ Ершова И.В. ....	58
<b>СЕКЦИЯ №33.</b>	
<b>ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25) .....</b>	<b>71</b>
<b>СЕКЦИЯ №34.</b>	
<b>РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22).....</b>	<b>72</b>
<b>СЕКЦИЯ №35.</b>	
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26).....</b>	<b>72</b>

<b>СЕКЦИЯ №36.</b>	
<b>СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)</b> .....	72
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ХИРУРГИИ	
Андриянов С.В. ....	72
<b>СЕКЦИЯ №37.</b>	
<b>СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)</b> .....	74
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КСЕРОСТОМИЕЙ	
Байт Саид О.М.Х., Бобылева С.В., Иванова Е.Т. ....	75
РОЛЬ ЛИЧНОЙ И СИТУАТИВНОЙ МОТИВАЦИИ В ВЫБОРЕ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА	
Брагунова Р.М., Шампариани М.....	76
ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Вайтович Д.Н., Галустова С.Ю., Кодзаева Э.С. ....	78
МИКРОАНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО РЕЛЬЕФА ЗУБА ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОЗА ПУЛЬПЫ	
Фомина А.Д., Байкулова М.Д. ....	80
ПРОБЛЕМА ДЕФОРМАЦИИ КОНЦЕВОЙ ЧАСТИ КАРПУЛЬНОЙ ИГЛЫ	
Хасханова Л.М., Терхоева Т.Н., Разумов Н.М. ....	83
АНАЛИЗ АНТИМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ IN VITRO НА МИКРОФЛОРУ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ПЕРИОДОНТИТАХ	
Экажева М., Экажева П. ....	84
<b>СЕКЦИЯ №38.</b>	
<b>СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)</b> .....	86
К ВОПРОСУ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ У ЖИВЫХ ЛИЦ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА	
Тягунов Д.В., Тягунова И.Ф.....	87
<b>СЕКЦИЯ №39.</b>	
<b>ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)</b> .....	89
<b>СЕКЦИЯ №40.</b>	
<b>ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)</b> .....	89
<b>СЕКЦИЯ №41.</b>	
<b>ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)</b> .....	89
<b>СЕКЦИЯ №42.</b>	
<b>УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)</b> .....	89
<b>СЕКЦИЯ №43.</b>	
<b>ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)</b> .....	89
<b>СЕКЦИЯ №44.</b>	
<b>ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)</b> .....	89
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ	
Абдикаримов А.М., Сабербеков С.О., Омаров Н.Б. ....	89
<b>СЕКЦИЯ №45.</b>	
<b>ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)</b> .....	93

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Елсукова О.С., Ширяева Ю.А., Семенова О.Д., Никитина Е.А. ....	93
<b>СЕКЦИЯ №46.</b>	
<b>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02).....</b>	<b>95</b>
<b>СЕКЦИЯ №47.</b>	
<b>АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08).....</b>	<b>96</b>
<b>СЕКЦИЯ №48.</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10).....</b>	<b>96</b>
<b>СЕКЦИЯ №49.</b>	
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03).....</b>	<b>96</b>
ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РФ. ПЕРЕХОД К ДОСТОЙНОЙ АЛЬТЕРНАТИВЕ Слюсар О.И., Романова А.М. ....	96
<b>СЕКЦИЯ №50.</b>	
<b>ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01).....</b>	<b>98</b>
<b>СЕКЦИЯ №51.</b>	
<b>ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06).....</b>	<b>98</b>
<b>СЕКЦИЯ №52.</b>	
<b>ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02).....</b>	<b>98</b>
<b>СЕКЦИЯ №53.</b>	
<b>ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07).....</b>	<b>98</b>
<b>ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2017 ГОД.....</b>	<b>99</b>

## СЕКЦИЯ №1.

### АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)

#### АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Довгань А.А.

КФУ им. Вернацкого В. И., Медицинская академия им. Георгиевского С. И., г. Симферополь

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что спектр перинатальных проблем у женщин с аномалиями матки обусловлен высоким весом преждевременных родов и плацентарной дисфункции с формированием задержки развития плода, которые определяют большое количество недоношенных детей с малой массой тела, требующих реанимационные мероприятия и длительную реабилитацию [4].. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, особенно в аспекте улучшения перинатальных результатов родоразрешения.

*Ключевые слова:* аномалии развития матки, перинатальные результаты.

В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты выявления недостатков развития различных органов и систем организма, в том числе и женских половых органов[2-3].. Аномалии женских половых органов встречаются в 3,2-3,5% случаев среди женщин репродуктивного возраста и составляют 4% от всех врожденных пороков развития [1-3,5]. Репродуктивные проблемы возникают, по данным некоторых авторов, у 25-50% пациенток с аномалиями развития матки [4]. Среди пациенток, страдающих привычным невынашиванием беременности, аномалии развития матки встречаются в 10-15% [2]. Разные авторы предлагали классифицировать Мюллер аномалии, основываясь на клинику, эмбриологию, клинко-анатомические особенности, но, к настоящему времени в мире отсутствует единая классификация пороков развития матки и влагалища.

В генезисе пороков развития матки и влагалища важную роль играют неблагоприятные экологические и наследственные факторы. В литературе содержатся противоречивые данные о частоте бесплодия при пороках развития матки. Большинство авторов считают, что при многих аномалиях развития частота зачатия существенно не снижается по сравнению с нормой [1,2]; другие авторы связывают бесплодие с аномалиями матки в 11% [1, 4].

*Цель исследования:* изучение влияния различных аномалий развития матки на акушерские и перинатальные результаты родоразрешения.

*Материалы и методы*

Проведено двухэтапное исследование, в результате чего создано два информационных массива. Первый информационный массив включал результаты ретроспективного анализа медицинской документации (50 историй родов и развития новорожденных) беременных с аномалиями развития матки, которые составили ретроспективную группу. На втором этапе исследования проводилось диспансерное наблюдение с ранних сроков беременности 30 пациенток с нормальной анатомией внутренних половых органов и не имеющих отягощенного акушерского анамнеза, которые составили контрольную группу.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ нашего исследования выявил, что акушерские и перинатальные результаты беременностей у женщин с аномалиями развития матки, которые составили ретроспективную группу, статистически значимо отличаются от группы контроля практически по всем параметрам: удельный вес преждевременных родов составила 24,0%, при этом в группе контроля преждевременных родов не было. Роды закончены оперативным путем у 70,0%, в группе контроля этот показатель составил 16,3%. Удельный вес женщин, родоразрешенных в срок *per vias naturalis* без осложнений статистически значимо меньше ( $P < 0,01$ ) в ретроспективной группе и составляет 6,0%, по сравнению с контрольной -70,0%. Сравнивая соотношение осложненных и неосложненных родов *per vias naturalis*, мы получили следующие данные: в ретроспективной группе 72,0% осложненных и 6,0% без осложнений, при этом в группе контроля эти показатели составили 16,3% и 70,0% соответственно, то есть осложнения в родах в 4,5 раза чаще встречаются в женщин ретроспективной группы. Удельный вес быстрых и стремительных родов в ретроспективной группе статистически значимо выше по сравнению с контролем и составляет 6,0% и 3,3% соответственно, удельный вес дистресса плода в родах составил 12,0% и имел место только у женщин с аномалиями развития матки. Аналогичную ситуацию наблюдали и при оценке частоты

дискоординированной родовой деятельности - в ретроспективной группе в 4,0% наблюдений. Кроме того, заслуживает внимания тот факт, что в 4,0% родов в ретроспективной группе произошло преждевременное отслоение нормально расположенной плаценты. 6,0% всех родов (каждые четвертые роды per vias naturalis) сопровождались нарушением процессов отделения и выделения плаценты в последовом периоде, в 2,0% случаев имели место кровотечения в послеродовом периоде, при том, что в группе контроля таких осложнений не было. При оценке перинатальных исходов родоразрешения нами установлено, что каждый второй ребенок (54,0%) ретроспективной группы был переведен в отделение ранней реабилитации новорожденных, каждый пятый - 22,0% - в реанимационное отделение, статистически значимо чаще ( $p < 0,01$ ), чем в группе контроля, в которой детей переведенных в реанимацию не было, а реабилитация требовалась лишь 6,7% новорожденным. При том, вес детей, у которых обнаружена церебральная ишемия 2-3 степени - 38,0%, статистически значимо выше в ретроспективной группе, в группе контроля этот показатель составляет 3,3%. Статистически выше в ретроспективной группе ( $p < 0,01$ ) были такие показатели, как относительное число детей с малой массой тела (28,0%), при этом в группе контроля маловесных детей и требующих респираторной поддержки новорожденных не было. С крупной массой тела (более 4000 г) в ретроспективной группе родились только два ребенка, что составило 4,0% и статистически значимо меньше, чем в группе контроля, в которой этот показатель составил 20,0%. Такое соотношение маловесных и крупных детей характерно для женщин с аномалиями матки и обусловлено анатомической структурой и ростом беременной матки, имеющей аномалию развития.

#### *Выводы*

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что женщины с различными аномалиями развития матки составляют группу высокого риска по развитию плацентарной дисфункции и последующей перинатальной патологии. Это диктует необходимость дальнейшего изучения данной научной задачи, особенно в аспекте ранней диагностики и коррекции плацентарной дисфункции, что позволит улучшить перинатальные результаты родоразрешения.

#### **Список литературы**

1. Волков В.Г. Случай удвоения матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища / В.Г. Волков, В.Д. Степанова // Вестн. нов. мед. технол. - 2010. - № 3. - С. 110-111.
2. Довгань А. А., Попова-Петросян Е. В. Значение оперативного лечения миомы матки в восстановлении репродуктивной функции женщин // Современная медицина: Актуальные вопросы и перспективы развития медицины. ИЦРОН. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – выпуск 2.-Уфа.-.2015.- С. 12-14.
3. Довгань А. А. Баталова Д. Т. Течение беременности у женщин раннего репродуктивного возраста с различными патогистологическими вариантами миомы матки. //Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом. Сборник научных трудов по итогам научно-практической конференции. Выпуск 2.-2015. – С. 24-27
4. Довгань А. А. Особенности клинической характеристики женщин с репродуктивными потерями в анамнезе// Всеукраинский научно-практический журнал «Здоровье женщины».-№2 (88)/2014.- С. 127-128.
5. Трушкевич А.А., Мысенко А.Д., Степур А.А., Попова-Петросян Е.В. Оптимизация методов ранней диагностики эндометриом у женщин раннего репродуктивного возраст // Сборник проблемы медицины в современных условиях. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. ИЦРОН. Казань. 2014. С.19-23.

#### **ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА У ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

**Попова-Петросян Е.В.**

КФУ им. Вернадского В. И., Медицинская академия им. Георгиевского С. И., г. Симферополь

Овариальным резервом называется имеющееся у женщины в настоящий момент количество яйцеклеток, которые могут принимать участие в оплодотворении [3,8]. При рождении у девочек насчитывается около 1-1,5 млн. фолликулов. К началу полового созревания остается около 300 тыс.

яйцеклеток, к 30 годам — около 25 тыс., а менопаузе — не более 1 тыс [1]. Кроме того, с возрастом снижается качество женских половых клеток [4]. На снижение овариального резерва влияют масса факторов. Это гинекологические, эндокринные, аутоиммунные и инфекционные заболевания, операции на яичниках, радиоактивное облучение, химиотерапия [2,7]. А.Б. Лившиц и соавт. (2006) проводили генетические исследования пациенток, страдающих преждевременным истощением функции яичников. С использованием метода ДНК-анализа в группах лиц с СИЯ и доноров яйцеклеток было проведено исследование мутации 769G → А гена INHα1 и аллельного полиморфизма области CGG-повторов в гене FMR1. Полученные данные стали новым доказательством участия генов FMR1 и INHα1 в регуляции функционального резерва яичников. Следовательно, генетическая природа ПНЯ определяется мутациями в различных генах, которые приводят к подобным фенотипическим признакам. Поэтому нужно выяснить роль конкретного генетического фактора при обследовании женщины, страдающей данной патологией [5].

Рядом авторов высказывается мнение о роли аутоиммунных процессов в патогенезе ПНЯ. W.U. Nague et al. (1987) проводили обследование 50 женщин с вторичной аменореей в молодом возрасте. Так, у 7 пациенток в возрасте 27-30 лет обнаружена предрасположенность к вторичной аменорее, у 4 в возрасте от 31 до 35 лет – семейная тенденция к ранней менопаузе, у 3 – антитела к яичниковой ткани, а у остальных – к другим тканям различных органов [8]. Damewood et al. (1986) при данном синдроме у 14 из 27 женщин выявили антиовариальные антитела в перитонеальной жидкости [9]. Andrew et al. (2000), В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович (2006) роль аутоиммунных процессов в развитии яичниковой формы вторичной аменореи остается не до конца изученной и требует уточнения, особенно в случаях изолированного поражения яичников [4,6,7].

Betterle C. et al., (1993) истощение яичников при аутоэндокринных полиэндокринопатиях, связанных с недостаточностью надпочечников, гипотиреозом и гипопаратиреозом, может наблюдаться в 25-60% случаев [10].

У женщин, достигших 40-летнего возраста, из всех оставшихся яйцеклеток, как правило, функционально активными являются лишь 3% [11,12].

Целью нашего исследования было провести сравнительный анализ гормонального фона у женщин с бесплодием в разных возрастных группах.

Нами проведен ретроспективный анализ 37 историй болезней бесплодных пар с эндокринным бесплодием. Из исследования были исключены бесплодные пары с трубным фактором, с мужским фактором бесплодия и женщины старше 40 лет.

У 37 пациенток было исследовано состояние репродуктивной системы. Учитывая достаточно широкий возрастной диапазон обследуемых пациенток и значимость возраста по данным литературы как предиктора состояния репродуктивной системы, мы сочли необходимым выделить среди обследуемых женщин подгруппы в зависимости от возраста: это 25-30 лет, 31-35 лет и женщины 35-40 лет. Как видно из графика (рисунок 1) группы сопоставимы по количеству больных.

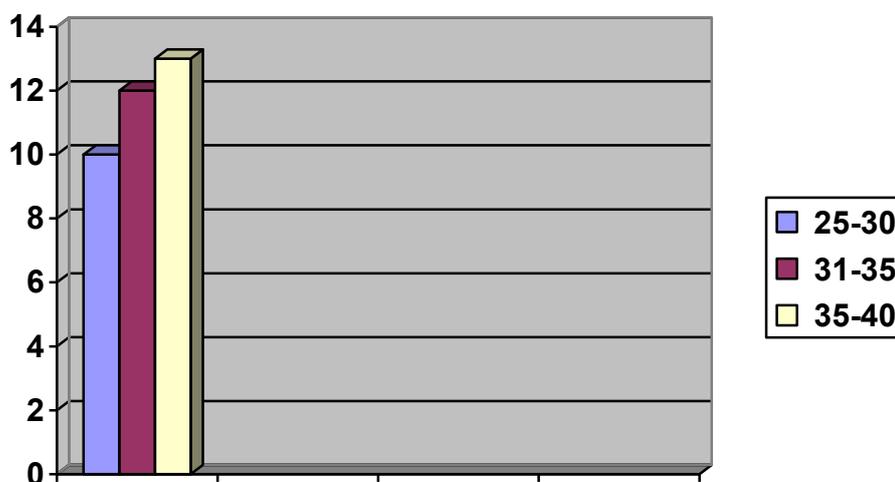


Рис. 1. Распределение пациенток с бесплодием в зависимости от возраста.

При оценке характера менструального цикла у исследованных групп пациенток, обнаружено, что регулярный менструальный цикл был у подавляющего большинства женщин до 35 лет, длительность его составила 28-30 дней. В группе женщин после 35 лет уже у 55% процентов случаев наблюдались нарушения менструального цикла преобладающим из них, было удлинение цикла, когда он составил более 35 дней. Мы сочли возможным выделить клинический признак «удлинение менструального цикла» как один из предикторов возможного снижения овариального резерва пациенток вследствие запоздалой овуляции (таблица 1).

Таблица 1

Характер менструального цикла у исследуемых пациенток (n=30).

Менструальный цикл	I группа 25-30 л (n=12)	II группа 31-35 г (n=10)	III группа >35л (n=15)
Регулярный менструальный цикл	87%	85%	2%
Нарушение менструального цикла	13%	15%	98%
Укорочение менструального цикла	7%	3%	22%
Олигоменорея	6%	7%	58%
Ациклические кровотечения	-	5%	20%

Таблица 2

Уровень гормонов крови в зависимости от возраста (M±m)

Показатели	I группа (n=12)	II группа (n=10)	III группа (n=15)	Контроль (n=10)
ФСГ, (Мед/л)	5,8± 0,10***	6,1± 0,07***	7,2± 0,36***	5,31± 0,76
ЛГ, (Мед/л)	9,03± 0,20**	6,6± 0,32***#	9,45± 0,02*	3,79± 0,63
Пролактин, (мМЕ/л)	310± 14,7***	351,7± 51,5***	351,7± 38,0***	339,0± 15,2
Эстрадиол (нмоль/л)	455± 0,009***	261± 0,030***	288± 0,007***	277± 0,013
Прогестерон II фаза (нмоль/л)	10,8± 0,020**	16,6± 0,020**	26,2± 0,020***#	14,1± 0,103
Тестостерон, (нмоль/л)	0,65± 0,17***	1,18± 0,50***	0,52± 0,17***	1,09± 0,13
Кортизол, (нмоль/л)	6,0± 18,6***	5,6± 12,3***	5,2± 6,8***	3,9± 5,9

Примечание: \* – p<0,05; \*\* – p<0,01; \*\*\* – p>0,05 по сравнению с показателями контрольной группы; # – p<0,05 по сравнению с показателями между группами.

Как видно из таблицы №2 достоверных изменений уровня гормонов (ФСГ, пролактина, эстрадиола, кортизола и тестостерона) в сравнении с контрольной группой, а также в зависимости от возраста нам установить не удалось. Уровень ЛГ в первой группе достоверно выше на 5,24±0,43 Мед/л по сравнению с контрольной группой (p<0,01). Во второй группе ЛГ в пределах нормы. Прогестерон достоверно снижен в первой (10,8± 0,020 нмоль/л) и во второй группе (16,6±0,020 нмоль/л). В третьей группе достоверно

повышен ЛГ ( $26,2 \pm 0,020$  Мед/л) и прогестерон на  $12,1 \pm 0,083$  нмоль/л по сравнению с контрольной и другими группами.

Таким образом, после 35 лет у женщин с бесплодием НМЦ (нарушение менструального цикла) составляет 98%, что позволило возможным выделить клинический признак «удлинение менструального цикла» как один из предикторов возможного снижения овариального резерва пациенток вследствие запоздалой овуляции. Достоверное как снижение, так и повышение прогестерона говорит о дисфункции яичников. По нашему мнению повышение прогестерона и ЛГ может служить предиктором ранней менопаузы.

#### Список литературы

1. Довгань А. А. Особенности клинической характеристики женщин с репродуктивными потерями в анамнезе // Всеукраинский научно-практический журнал «Здоровье женщины» - №2 (88)/2014.- С. 127-128.
2. Довгань А. А. Баталова Д. Т. Течение беременности у женщин раннего репродуктивного возраста с различными патогистологическими вариантами миомы матки. //Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом. Сборник научных трудов по итогам научно-практической конференции. Выпуск 2.-2015. – С. 24-27
3. Иванов И.И., Попова Е.В. Влияние нарушений полового созревания на структурно-функциональные свойства костной ткани у девочек пубертатного возраста. Таврический медико-биологический вестник. - 2006. - Т.9. - №2. – С.37.
4. Кириллова Е.А., Сметник В.П. // Акушерство и гинекология. – 1989. – № 5. – С. 13-18.
5. Лившиц А.Б., Лившиц Л.А., Кравченко С.А. // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2006. – № 1. – С.12.
6. Попова-Петросян Е.В. Связь миомы матки и предменструального синдрома у женщин раннего репродуктивного возраста // Актуальные проблемы и достижения в медицине. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. ИЦРОН. 2015. С.26-28.
7. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / Сметник В.П., Тумилович Л.Г. – М., 2005. - 256с.
8. Трушкевич А. А., Довгань А. А. Состояние овариального резерва у женщин раннего репродуктивного возраста, которые не могут родить, с эндометриомами яичников// Всеукраинский научно-практический журнал «Здоровье женщины».-№5 (91)/2014.- С. 119-121
9. Fahri J. Effect of laparoscopic ovarian electrocautery on ovarian response and outcome of treatment with gonadotropins in domiphen citrate-resistant patients with polycystic ovary syndrome / Fahri J., Soule S., Jacobs H.S. // Fertil and Steril. – 1995. – Vol. 64. – P. 930-935.
10. Van Kasteren Y.M. Familial idiopathic premature ovarian failure; an overrated and underestimated genetic disease? / Van Kasteren Y.M., Hundscheid R.D.L., Swits A.P.T. et al. // Hum Reprod. – 1999. – V. 14, № 10. – P. 2455-2459.
11. Hoesch A., Schoemaker J., Drexhage H.A. // Endocrin. Rew. – 1997. – № 18. – P. 107-134.
12. Bettre C., Rossi A., Daela Peria S. et al. // Clin. Endocrinol. – 1993. – Vol. 39. – P. 35-43.

## СЕКЦИЯ №2.

### АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)

#### К ВОПРОСУ О СТРУКТУРЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Гарелина П. А., Тюменкова А. В., <sup>1</sup>Перова М. В., <sup>2</sup>Бутин Е.В., Ульяновская С.А.

ФГБОУ ВО СГМУ, г. Архангельск;

<sup>1</sup>ГБУЗ АО МЦГБ; <sup>2</sup>Филиал №9 ФГКУ «1469 ВМКГ» МО РФ, г. Мирный,  
Плесецкий район, Архангельская область

**Актуальность.** Врожденные пороки развития сердца у детей по данным медицинской статистики составляют 30% от всех пороков развития. В России в 1997 году врожденные пороки развития сердца диагностировали у 0,4% на 1000 детей рожденных живыми, в 2000 году - у 0,5%, а в 2005 году - у 0,85% на

1000. По данным 2010-2012 гг. в России ежегодно рождается 10 000 детей с врожденными пороками сердца. По данным Е.В. Богачевой с соавт (2012) в регионах Российской Федерации частота врожденных пороков сердца составляет 3,17-8,0 на 1000 новорожденных. При этом в структуре сердечнососудистой патологии у детей раннего возраста врожденные пороки занимают ведущее место и составляют 34% [2, 3, 4, 5, 6, 7]. В последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению числа более тяжелых, комбинированных пороков, часто с неблагоприятным исходом уже в первые месяцы жизни. До 90% больных с врожденными пороками развития сердца без хирургической коррекции погибают в возрасте до 1 года. При этом 52% из их числа умирают в периоде новорожденности. При этом 20% детей с пороками развития сердца без проведения оперативной коррекции уже к концу первого года жизни становятся абсолютно или относительно неоперабельными из-за необратимых изменений в органах и системах. Только 10-15% больных детей с пороками сердца без выраженных нарушений гемодинамики достигают юношеского возраста без хирургической коррекции [2, 3]. Это свидетельствует о важности диагностики врожденных пороков сердца у детей как антенатально, так и на 1 году жизни для своевременного оказания кардиохирургической помощи и снижения показателей летальности. В связи с этим исследование данной темы актуально и представляет практическую ценность.

**Цель исследования** - изучение структуры врожденных пороков развития сердца у детей г. Мирный Плесецкого района Архангельской области.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 214 историй болезни детей с врожденными пороками сердца за 2014-2016 года по ГБУЗ МЦГБ. Возраст пациентов составлял от 3 месяцев до 18 лет.

**Результаты и их обсуждение.** В литературе описано около 90 вариантов врожденных пороков сердца и около 200 их сочетаний. При этом имеются указания на то, что наиболее частыми являются дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, коарктация аорты. Также отмечается зависимость возникновения определенного порока развития от пола. Как известно, причинами врожденных пороков сердца являются генетическое наследование, формирование эмбрио- и фетопатий, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды [2,3,9,12,13]. Воздействие неблагоприятных факторов на организм беременной женщины можно оценивать путем учета факторов риска развития перинатальной патологии (по схеме О.Г. Фроловой с соавт., 1981) - социально-биологические, акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальная патология, осложнения беременности, оценка состояния плода. Факторы риска следует учитывать для профилактики возникновения врожденных пороков развития плода [9,10,11].

При анализе структуры врожденных пороков развития сердца у детей было выявлено следующее: дефект межпредсердной перегородки наблюдался в 71 случае (33,2%), дефект межжелудочковой перегородки в 56 (26,2%), пороки развития клапанов сердца в 29 (13,6%), открытый артериальный проток в 20 (9,3%), врожденные пороки сердца неуточненной этиологии в 12 (5,6%), коарктация аорты в 2 (1%), стеноз легочной артерии в 2 (1%), врожденная митральная недостаточность в 1 (0,5%), врожденная аномалия сердечной перегородки неуточненная в 1 (0,5%), врожденный стеноз аортального клапана в 1 (0,5%), аномалия Эбштейна в 1 (0,5%) случае, декстракардия в 1 (0,5%) случае и др. Полученные результаты сопоставимы с показателями по Архангельской области и регионам России [1].

Наиболее часто среди других пороков развития сердечнососудистой системы в нашем материале наблюдался дефект межпредсердной перегородки - 33,2%. Причем у девочек в 1,8 раза чаще. Дефект межжелудочковой перегородки наблюдался чаще у мальчиков (31 и 25, соответственно).

Аномалии развития клапанного аппарата также занимают ведущее место в структуре пороков развития сердца и занимают, по нашим данным, третье место.

Из 214 детей, имеющих врожденные пороки развития сердца, открытый артериальный проток встречался у 20 детей (7 мальчиков и 13 девочек), что составляет 9,3%. При этом данный порок диагностировали в трёх случаях из семи у детей, чьи братья/сёстры также имели врожденные пороки развития. В одном случае был поставлен диагноз открытый артериальный проток обоим детям в семье. В четырёх случаях открытый артериальный проток был комбинирован с дефектом межпредсердной перегородки, и в одном случае с дефектом межжелудочковой перегородки. Большое значение в диагностике и определении распространённости пороков сердца принадлежит фетальной эхокардиографии и генетическим методам исследования. Полученные данные не противоречат литературным данным по Российской Федерации [3,8].

При анализе историй болезни детей были выявлены такие редкие пороки, как аномалия Эбштейна и декстракардия (правостороннее положение сердца). Аномалия Эбштейна, наблюдавшаяся в 1 случае,

представляет собой врожденный порок сердца, при котором наблюдается смещение места прикрепления одной или двух створок правого предсердно-желудочкового клапана в полость правого желудочка по направлению к верхушке сердца. При этом уменьшается полость правого желудочка, и увеличивается полость правого предсердия.

#### **Выводы.**

1. Показатели структуры врожденных пороков развития сердца у детей г. Мирный Плесецкого района сопоставимы с данными по Архангельской области и России. Наиболее распространенными врожденными пороками сердца в нашем материале являются дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, пороки развития клапанов сердца.
2. Структура врожденных пороков развития сердца разнообразна. Наряду с часто встречающимися аномалиями, наблюдаются и редкие, такие как, дэкстракардия и аномалия Эбштейна.
3. При наблюдении за беременными женщинами следует учитывать факторы риска развития перинатальной патологии для своевременной диагностики и профилактики возникновения пороков развития плода.
4. Основными диагностическими методами для выявления врожденных пороков развития сердца являются ЭХО-КГ И ЭКГ.
5. Проблема врожденных пороков сердца остается актуальной для антенатальной диагностики и профилактики.

#### **Список литературы**

1. Врожденные пороки сердца у детей города Северодвинска / О.В. Сулова, М.Ю. Парвулюсова, М.В. Совершаева и др. // Экология человека. – 2010.- №2. – С.43-45.
2. Врожденные пороки сердца: распространенность в популяции, факторы риска / Е.В.Богачева, О.В.Антонов, С.И.Артюкова, Г.П. Филиппов // Мать и дитя в Кузбассе. - 2012.- №1 (48). – С.19-24.
3. Доронина Т.Н., Черкасов Н.С. Особенности эпидемиологии врожденных пороков сердца у детей раннего возраста // Медицинский альманах. - 2012.- №3 (22).- С.175-176.
4. К вопросу о распространенности малых аномалий развития сердца (по данным сравнительного популяционного эхокардиографического исследования) / Н.П. Сереженко, Н.Т. Алексеева, Д.Б. Никитюк, С.В. Ключкова // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2015. – Т. 4, № 4. – С. 39–43.
5. Мамед-заде Г.Т. Частота врожденных пороков сердца у новорожденных // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2010.- №11. – С.44.
6. Распространенность врожденных пороков сердца у детей на современном этапе / Ю.М.Белозеров, Л.В.Брегель, В.М.Субботин // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2014.- №6. – С.7-11.
7. Сеидбекова Ф.О. Частота встречаемости врожденных пороков сердца среди новорожденных г. Баку // Вестник проблем биологии и медицины. – 2013. – Вып.1, том 2 (99).- С.158-160.
8. Сереженко Н.П. Урбанистическая структура населения и малые аномалии развития сердца (по данным популяционного эхокардиографического исследования) / Н.П. Сереженко, Н.Т. Алексеева // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2015. – Т. 4, № 3. – С. 110–111.
9. Структура перинатальной смертности в Архангельской области / С.А.Ульяновская, А.С.Оправин, Н.В. Стуков и др. // Современные проблемы науки и образования. - 2014. – № 2.
10. Ульяновская С.А., Баженов Д.В. Структура факторов риска развития перинатальной патологии в Архангельской области // Сб. науч. тр. по итогам межд. научно-практ. конф. «Проблемы медицины в современных условиях» - Казань. - 2014. – С.25-27.
11. Ульяновская С.А., Стуков Н.В., Анкудинов В.В. К вопросу о перинатальной и младенческой смертности // Архив патологии. – 2013. – №1. – С. 17–18.
12. Фалюш Л.И., Флоренсов В.В. Факторы риска врожденных пороков сердца // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2010.- №6 (76).- Часть 2. – С.67-69.
13. Чепурных Е.Е., Григорьев Е.Г. Врожденные пороки сердца // Сибирский медицинский журнал. - 2014. - №3.- С.121- 127.

**СЕКЦИЯ №3.  
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)**

**СЕКЦИЯ №4.  
БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)**

**ЧАСТОТА МЕДИАСТИНИТА У БОЛЬНЫХ С ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ**

**Пентегова Е.В., Савенко В.М.**

МБУЗ Городская поликлиника № 1, г. Таганрог

Проблема хронического тонзиллита не теряет своей актуальности [5], прежде всего, в связи с тяжестью метатонзиллярных осложнений [10]. Хотя в последние десятилетия в профилактике и лечении острой ревматической лихорадки (ОРЛ) и хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) достигнуты существенные успехи – заболеваемость ОРЛ и ХРБС и смертность от них снизились, а продолжительность жизни больных увеличилась, – полностью проблема борьбы с этими болезнями не решена. По данным ВОЗ, ОРЛ и ХРБС по-прежнему остаются наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями у детей, подростков и взрослых молодого возраста, поражая ежегодно как минимум 12 млн человек и являясь причиной 332 тыс. летальных исходов.

По современной классификации выделяют 2 формы хронического тонзиллита: компенсированную и декомпенсированную. Признаками декомпенсации являются присоединение постстрептококковых осложнений: полиартрита, ревматизма, миокарда, нефрита, а также стойкого субфебрилитета и других проявлений интоксикации [7, 4]. Количество гнойных осложнений обострений хронического тонзиллита не имеет тенденции к снижению. Причинами этого являются неблагоприятные условия жизни и труда, антропогенное загрязнение окружающей среды [11], повышение устойчивости микрофлоры к антибиотикам [2, 3], нарушение иммунного статуса [9, 12, 13], излишний консерватизм в лечении хронического тонзиллита [6, 8].

Одним из признаков декомпенсации является паратонзиллит (паратонзиллярный абсцесс).

Целью нашего исследования было изучение динамики двух взаимосвязанных показателей: количества планово выполненных тонзилэктомий и числа больных, госпитализированных по поводу паратонзиллярного абсцесса.

Материал и методы исследования. Анализ изучаемых статистических показателей проведен по архивным материалам ЛОР отделения горбольницы № 1 г. Ростова-на-Дону. Это отделение является единственным в миллионном городе стационаром по оказанию круглосуточной экстренной помощи больным с заболеваниями ЛОР органов, а также основным центром плановой госпитализации ЛОР больных. Мы произвели выборку архивных историй болезни пациентов, госпитализированных с диагнозом паратонзиллит/паратонзиллярный абсцесс и больных, госпитализированных на плановое хирургическое лечение по поводу хронического тонзиллита за период с 1970 по 2010 год.

Для систематизации полученных цифровых данных мы разделили их на периоды по 5 лет. В таблице 1 приведены средние значения количества больных с декомпенсированным хроническим тонзиллитом, госпитализированных в плановом и экстренном порядке.

Таблица 1.

Количество больных с хроническим тонзиллитом, госпитализированных в ЛОР отделение горбольницы № 1.

	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2010
Паратонзиллит /паратонзиллярный абсцесс	188,6 ± 17,7	326 ± 39,1	527,4 ± 57,8	541,2 ± 40,6	436,6 ± 41,4	417,8 ± 40,9	373,7 ± 28,1	393,9 ± 34,5

Плановая тонзиллэктомия	960,2 ±43,2	878,8 ± 88,8	374,4 ± 29,6	158,4 ± 13,5	59,8 ± 3,2	68,6 ± 5,1	92,3 ± 4,9	101,3 ± 9,2
----------------------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------	---------------	---------------	---------------	----------------

Данные, приведенные в таблице 1, четко демонстрируют основную тенденцию в развитии подхода к выбору тактики лечения хронического тонзиллита за последние 40 лет: сокращается число плановых тонзилэктомий (с 1970 по 2010 годы оно уменьшилось почти в 10 раз) и возрастает количество тонзиллогенных осложнений (за тот же период – в 2 раза). Заметное сокращение плановых хирургических вмешательств началось с 1977 года, в этот же период отмечен рост числа паратонзиллитов. В последние 15 лет анализируемые показатели стабилизировались и подвергаются менее заметным колебаниям.

За последние 10 лет количество больных с паратонзиллярными абсцессами составило 4192, у 2 больных наблюдались осложнения в виде острого гнойного медиастинита, оба случая закончились летально. Таким образом, по нашим данным, частота острого тонзиллогенного медиастинита составила 0,048%.

Анализ динамики изучаемых показателей выявляет преобладание выбора хирургического лечения хронического тонзиллита в 70-е годы с последующей сменой тактики лечения данного заболевания, что отражает общую тенденцию щадящего, органосберегающего подхода. Однако неуклонный рост числа паратонзиллярных абсцессов свидетельствует о недостаточно качественном консервативном лечении больных с хроническим тонзиллитом, что выражается ростом числа декомпенсированных форм. Наши данные свидетельствуют об актуальности продолжения научных исследований по проблеме осложнений хронического тонзиллита.

#### Список литературы

1. Белик С.Н., Колмакова Т.С. Влияние антибиотиков, используемых при производстве свинины, на здоровье потребителей второго порядка // Актуальные проблемы производства свинины в РФ. Мат XXIII засед межвуз коорд совета по свиноводству и междунар науч-практ конф. 2013. С. 102-106.
2. Белик С.Н., Колмакова Т.С. Использование антибактериальных препаратов в интенсивном свиноводстве и их влияние на качество свинины // Актуальные проблемы производства свинины в РФ. Мат XXIII засед межвуз коорд совета по свиноводству и междунар науч-практ конф. 2013. С. 106-111.
3. Белик С.Н., Колмакова Т.С., Степаненко А.Ф. Молекулы средней массы в определении безопасности мяса и шпика свиней выращенных с использованием антибактериальных препаратов // Медицинский вестник Юга России. 2014. № 3. С. 70-73.
4. Бойко Н.В., Бачурина А.С., Жданов А.И. Профилактика послеоперационных кровотечений при аденоотомии // Рос. ринология. 2015. Т. 23. № 2. С. 26-30.
5. Бойко Н.В., Бачурина А.С., Оксенюк О.С., Колмакова Т.С. Лечение послеоперационного воспаления после тонзиллэктомии у детей. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2016, т. 95. № 1. С. 93-96.
6. Бойко Н.В., Гукасян Е.Л., Быкова В.В. Статистика хирургических вмешательств при хроническом тонзиллите. Вестник оториноларингологии 2008. № 5. С. 234.
7. Бойко Н.В., Калинкина М.И., Горшкова Г.И. Консервативное лечение хронического тонзиллита. Детская оториноларингология. 2012. № 3. С. 22-24.
8. Бойко Н.В., Локшина Л.С., Сорока Г.Г., Бриж Ю.В., Сулина Н.Ю. Изменение подходов к лечению хронического тонзиллита в детском возрасте по материалам Ростовской ЛОР клиники. Вестник оторинолар. 2012. № 5. С. 226.
9. Бойко Н.В., Сорока Г.Г., Давыдова А.П. Современные особенности мастоидита у детей. Рос. оторинолар. 2012. Т. 60, № 5. С. 25-32.
10. Власова Т.М. Бойко Н.В., Рост числа постстрептококковых осложнений у больных хроническим тонзиллитом. Российская оториноларингология, 2015. № S1. С. 45-47.
11. Колмакова Т.С., Тупиков В.А., Шпак Л.И. Влияние антропогенного загрязнения на здоровье жителей Ростовской области // Медицинский вестник Юга России. 2012. № 3. С. 16-18.
12. Стагниева И.В. Вегетативная дисфункция в проявлении прозопагий у больных с риносинуситами // Медицинский вестник Юга России. 2012. № 2. С. 67-69.
13. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Иммуномодулирующая терапия у больных риносинуситом с латентным течением // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № S. С. 423.

## СЕКЦИЯ №5.

### ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)

#### ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ЭРИТРОЦИТАХ, МОНОЦИТАХ И НЕЙТРОФИЛАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СПОРТСМЕНОВ В ТЕЧЕНИЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА

Казимирко Н. К., Шанько В. М., Ступницкая Н. С., Мочалова И. С., Перфильева М. Ю.

Луганский государственный медицинский университет, г. Луганск

Занятия спортом сопровождаются большими физическими нагрузками, требующими напряжения деятельности всех органов и систем организма, что может сопровождаться развитием иммунодефицитного состояния, рассматриваемого современной медициной как фактор, предрасполагающий к заболеваниям [1, 2].

Интенсивные и регулярные физические нагрузки могут существенно влиять на состояние красной и белой крови спортсменов. Изучение такого влияния позволяет контролировать процессы адаптации к действию физических нагрузок, оценивать тренированность спортсменов, вхождение их в спортивную форму [3, 4].

Высокие спортивные результаты спортсменов тесно связаны с эффективным управлением тренировочным процессом на основе контроля функционального состояния организма при физических нагрузках разной интенсивности. Известно, что физические нагрузки пикового уровня влияют наиболее существенно на организм спортсмена, тогда как пороговые нагрузки не являются причиной формирования иммунодефицитного состояния и метаболических изменений [5]. Влияние физических нагрузок средней интенсивности в течение тренировочного макроцикла изучено недостаточно.

В связи с этим **целью** данного исследования было изучение особенностей функциональных и метаболических изменений в эритроцитах, моноцитах и нейтрофилах периферической крови спортсменов, возникающих в течение тренировочного процесса при нагрузках средней интенсивности, а также разработка способа медикаментозной реабилитации спортсменов на основании результатов изучения патогенеза обнаруженных нарушений в системе красной и белой крови.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проведено на 198 спортсменах (мужчины 18-24 лет) различных квалификаций в течение тренировочного макроцикла с физическими нагрузками средней интенсивности. Нормативные показатели были получены путем обследования 47 практически здоровых мужчин такого же возраста.

Изучали изменения функциональной и метаболической активности эритроцитов, моноцитов и нейтрофилов в конце каждого периода тренировочного макроцикла: подготовительного, соревновательного и переходного.

На протяжении тренировочного процесса спортсменов – бегунов на средние дистанции и дзюдоистов – изучали:

1. Показатели кислотной резистентности эритроцитов методом И. А. Терскова и И. И. Гительсона (1957 г.).

2. Концентрации диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), гидроперекисей липидов (ГПЛ) в лизатах клеток красной и белой крови; состояние системы антиоксидантной защиты (АОЗ) (активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД); состояние системы адениловых нуклеотидов в эритроцитах периферической крови. Вычисляли интегральный коэффициент «К»

по формуле:  $K = \frac{ДК+МДА+ГПЛ}{каталаза+СОД}$ ; энергетический заряд (ЭЗ) по формуле:  $ЭЗ = \frac{[АТФ] + \frac{1}{2}[АДФ]}{[АТФ] + [АДФ] + [АМФ]}$ .

3. Фагоцитарную активность, секреторную функцию нейтрофилов и моноцитов периферической крови: фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ), уровень интерлейкинов (ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8), фактора некроза опухолей α (ФНО-α), интерферона α (ИНФ-α).

4. Эффективность применения циклоферона с целью коррекции нарушений, возникающих в эритроцитах, моноцитах и нейтрофилах периферической крови.

При исследовании влияния циклоферона на функции эритроцитов, моноцитов и нейтрофилов всех спортсменов разделили на подопытную и контрольную группы (по 99 человек в каждой). Препарат циклоферона (производство научно-технологической фармацевтической фирмы «Полисан», Российская Федерация) назначали внутрь по 450 мг (3 таблетки по 150 мг) 1 раз в 2 суток за 1 час до сна. Циклоферон является низкомолекулярным индуктором синтеза интерферона, интерферонотропная активность которого сохраняется в течение 3-х суток. Препарат обладает широким спектром биологических эффектов: противовоспалительным, иммуномодулирующим, противовирусным, антипролиферативным и пр.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Было установлено, что физические нагрузки в течение тренировочного процесса ослабляли кислотно-резистентность эритроцитов, что проявлялось уменьшением времени сферуляции эритроцитов, времени появления максимума гемолиза и его длительности, а также увеличением высоты максимума гемолиза и количества максимумов гемолиза. Таким образом, эритрограмма смещалась влево в сравнении с таковой у лиц группы интерферентной нормы. Обнаруженные изменения кислотно-резистентности эритроцитов, развивавшиеся под влиянием физической нагрузки средней интенсивности, были статистически достоверными уже в подготовительном периоде тренировочного макроцикла и увеличивались в соревновательном периоде. В переходном периоде макроцикла измененные показатели кислотно-резистентности эритроцитов улучшались вследствие значительного снижения интенсивности физических нагрузок, однако их полной нормализации не наступало.

Под влиянием физических нагрузок средней интенсивности усиливались процессы ПОЛ и ослаблялась активность АОЗ эритроцитов: увеличивалось содержание ДК, МДА, ГПЛ и снижалась активность каталазы и СОД, вследствие чего возрастал интегральный коэффициент «К». Интенсивность нарушений метаболического статуса эритроцитов под влиянием физических нагрузок была максимальной в конце соревновательного периода, а минимальной – в конце переходного.

Установлено отрицательное влияние физических нагрузок средней интенсивности на систему адениловых нуклеотидов: снижалось содержание АТФ, увеличивалось – АДФ и АМФ в эритроцитах, что приводило к истощению их энергетического потенциала. Так, энергетический заряд эритроцитов в подготовительном периоде составил  $0,8 \pm 0,04$  у. е., в соревновательном –  $0,74 \pm 0,35$  у. е., в переходном –  $0,8 \pm 0,04$  у. е.; у лиц группы индифферентной нормы он составлял  $0,85 \pm 0,04$  у. е.

Физические нагрузки средней интенсивности влияли также на свойства моноцитов и нейтрофилов периферической крови спортсменов, что проявлялось в ослаблении их фагоцитарной активности: уменьшались ФИ и ФЧ. Причем наибольшее угнетение фагоцитоза наблюдалось в соревновательном периоде тренировочного макроцикла, умеренное – в подготовительном периоде и наименее выраженное – в переходном (соответственно на  $23,8 \pm 3,0\%$ ,  $12,4 \pm 3,5\%$  и  $8,3 \pm 3,8\%$ ). Физические нагрузки отрицательно влияли на секреторную активность моноцитов и нейтрофилов, что проявлялось в уменьшении секреции ими медиаторов (интерлейкинов, ФНО- $\alpha$  и ИНФ- $\alpha$ ). Степень угнетения также зависела от периода тренировочного макроцикла: максимальное угнетение – в соревновательном периоде, умеренное – в подготовительном, минимальное – в переходном, т. е. аналогично угнетению фагоцитарной активности моноцитов и нейтрофилов.

Физические нагрузки, испытываемые спортсменами в течение тренировочного периода, отрицательно влияли на состояние про- и антиокислительных процессов в моноцитах и нейтрофилах: активировались процессы ПОЛ на фоне недостаточности ферментной системы АОЗ; увеличивалась концентрация ДК, МДА, ГПЛ при снижении активности ключевых ферментов системы АОЗ – каталазы и СОД. Максимально выраженные изменения в системе ПОЛ / АОЗ наблюдались в соревновательном периоде, умеренные – в подготовительном, наименее выраженные – в переходном периоде.

Наблюдаемые отрицательные изменения в эритроцитах, моноцитах и нейтрофилах периферической крови спортсменов явились основанием для разработки способов их медикаментозной коррекции.

В ходе исследования установлено, что циклоферон при его приеме внутрь спортсменами в течение всего тренировочного процесса существенно не влиял на функциональный и метаболический статус эритроцитов: не восстанавливалась патологически измененная кислотно-резистентность, не угнетались активированные процессы ПОЛ, не изменялась активность ферментов системы АОЗ и энергетический потенциал. Эти данные позволяют утверждать, что циклоферон не эффективен при коррекции

функциональных и метаболических нарушений эритроцитов у спортсменов при физических нагрузках средней интенсивности в течение тренировочного процесса.

Нами установлено, что использование циклоферона в течение всех периодов тренировочного цикла спортсменами положительно влияет на фагоцитарную и секреторную активность моноцитов и нейтрофилов периферической крови, что проявлялось в увеличении показателей фагоцитоза (ФИ и ФЧ), в более высоких уровнях секреции ими ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  и ИНФ- $\alpha$ . Благоприятное влияние циклоферона наблюдалось во всех периодах тренировочного макроцикла, причем оно было наиболее выраженным в переходном периоде.

Применение циклоферона существенно не влияло на активность ПОЛ и АОЗ нейтрофилов и моноцитов. Вместе с тем, в культурах нейтрофилов, изолированных из крови спортсменов подопытной группы в конце подготовительного, соревновательного и переходного периодов отмечалась нечетко выраженная тенденция к снижению внутриклеточного содержания ДК, МДА и ГПЛ, а также несущественное увеличение активности каталазы и СОД.

**Выводы.** Физические нагрузки средней интенсивности неблагоприятно влияют на функциональную активность и метаболизм эритроцитов, нейтрофилов и моноцитов периферической крови спортсменов, вызывая: снижение кислотной резистентности, активацию процессов ПОЛ и угнетение АОЗ, снижение количества АТФ и энергетического заряда эритроцитов; ослабление фагоцитарной и секреторной активности, усиление окислительных с ослаблением антиокислительных процессов в моноцитах и нейтрофилах. Данные нарушения максимально проявлены в соревновательном периоде тренировочного процесса, умеренно – в подготовительном и слабо выражены в переходном периоде.

Циклоферон не эффективен в качестве корректора наблюдаемых нарушений в системе красной крови, однако доказано его положительное воздействие на фагоцитарную и секреторную активность моноцитов и нейтрофилов.

**Перспективы дальнейших исследований.** Фармакологическая коррекция, наряду с другими мероприятиями по эффективному управлению тренировочным процессом на основе контроля функционального состояния организма при физических нагрузках у спортсменов, может обеспечить снижение заболеваемости и повысить результаты участия в соревнованиях. Для данной проблемы необходимо изучать иммунологические характеристики и по их результатам разрабатывать способы фармакологической коррекции нарушений их функционального состояния, что является предметом наших дальнейших исследований.

#### Список литературы

1. Афанасьева И. А. Сдвиги в популяционном составе и функциональной активности лимфоцитов, продукции цитокинов и иммуноглобулинов у спортсменов при синдроме перетренированности [Текст] / И. А. Афанасьева // Вестник спортивной науки. – 2011. – № 3. – С. 18 – 24.
2. Эберт Л. Я. Влияние физических нагрузок анаэробной и аэробной направленности на состояние фагоцитов периферической крови и уровень циркулирующих Т- и В-лимфоцитов у спортсменов [Текст] / Л. Я. Эберт, В. А. Колупаев // Современные наукоемкие технологии. – 2004. – № 3. – С. 32 – 37.
3. Антонова И. Н. Иммунограмма спортсменов в условиях физического перенапряжения [Текст] / И. Н. Антонова // Материалы IX Всероссийского научного форума «Медицинская иммунология». – 2005. – Т. 7, № 2 – 3. – С. 216.
4. Стернин Ю. И. Некоторые иммунологические показатели при спортивной деятельности [Текст] / Ю. И. Стернин, Л. П. Сизякина // Terra Medica nova. – 2007. – № 6. – С. 48 – 51.
5. Дорофеева Е. Е. Профилактика энергетического стресса на фоне значительных физических нагрузок [Текст] / Е. Е. Дорофеева // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2004. – Т. 8, № 1. – С. 56 – 59.

#### СЕКЦИЯ №6.

#### ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)

## ОРОФАСЦИАЛЬНЫЕ БОЛИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

**Биткова Е.Н., Дятлова А.Г.**

Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет  
«Реавиз» филиал г. Москва

В отечественной и иностранной литературе опубликовано большое количество работ по данной патологии, однако отсутствует общепринятое определение изучаемого синдрома, остаются сложности с определением ведущего этиологического фактора, нет единой классификации этой патологии. Лицевые боли, обусловленные мышечно-скелетной дисфункцией лица или патологией височно-нижнечелюстного сустава, относятся к группе соматогенных (Карлов В.А., 1990, Карапетян И.С., 1986). Их распространенность достаточно широка и, по данным различных авторов, колеблется в пределах от 20% больных амбулаторного неврологического приема до 60%-65% - стоматологического (Лившиц Л.Я., 1989, Карлов В.А., 1998, 2002, Bell W.E., 1999, Okeson J P, 2003). Современная концепция хронической боли предполагает наличие как периферических, так и центральных механизмов формирования болевых синдромов (Кукушкин М.Л., 2003, Василенко А.М., 2000, и др.). В этой связи, для разработки научно обоснованных программ лечения соматогенных прозопалгий (СП), весьма важным является получение объективных данных о периферических источниках боли: локализации и состоянии триггерных точек в жевательных мышцах, внутренних изменениях в височно-нижнечелюстном суставе, а также о функциональном состоянии центральных уровней ноци- и антиноцицептивной системы у больных СП (Кукушкин М.Л., 2003, Мейзеров Е.Е., 2003, Яхно Н.Н., 2000, 2003). Поэтому комплексный подход к определению патогенетических механизмов боли при СП с целью разработки программ комплексного лечения, предусматривающего поэтапное воздействие на отдельные звенья патологического процесса (блокады МТТ, коррекцию психологических расстройств и окклюзионной дисгармонии) представляется весьма продуктивным для достижения оптимального эффекта лечения.

Миофасциальный болевой синдром лица (МФБСЛ) является междисциплинарной проблемой и, среди всех разновидностей прозопалгий, представляет наибольшие трудности в диагностике и лечении как для неврологов, так и для нейростоматологов. Существующее в литературе разнообразие терминологии МФБСЛ (мышечный болевой дисфункциональный синдром, синдром височно-нижнечелюстного сустава, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, окклюзионно-артикуляционный синдром и др.) отражает отсутствие единых взглядов как на его распространенность, так и на роль каждого из возможных компонентов - сустав, характер окклюзии зубов, лицевые мышцы, нервная система - в патогенез и симптомообразование МФБСЛ. Особенности клинического течения болевого синдрома пациентов МФБСЛ могут напоминать невралгию тройничного нерва (НТН) и другие варианты прозопалгий и нередко приводят к диагностическим ошибкам и длительному назначению неадекватной терапии, способствуя развитию личностных особенностей и болевого поведения, характерных для пациентов с хронической болью. Неудовлетворенность врачей (стоматологов, неврологов, психиатров и др.) результатами лечения больных МФБСЛ во многом связана с недостаточным пониманием природы данной формы патологии. Предлагаемые теории патогенеза МФБСЛ конкурируют между собой и включают 4 основных аспекта в зависимости от врачебной специальности исследователей: роль органических и функциональных изменений височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), патология жевательной мускулатуры, психологические личностные нарушения (психалгии, соматизированная депрессия), роль окклюзионной дисгармонии (патологии прикуса).

По данным Юрченко С.Ю. (2011) комплексное лечение синдрома жжения полости рта с использованием репозиционных шин позволяет повысить эффективность, лечения СЖПР в 2,2 раза, сократить продолжительность лечения в 1,5-2 раза, тем самым обеспечить стойкую ремиссию и предотвратить прогрессирование синдрома жжения полости рта.

### Список литературы

1. Баурова Н.В., Каниболоцкий А.А., Сметнева Н.С., Гордина Г.С. Особенности диагностики атипичных форм инфаркта миокарда в условиях работы кардиологического отделения

- многопрофильного стационара. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т. 8. № 6 S1. С. 36.
2. Васильев Ю.Л., Слюсар О.И., Коломийченко М.Е. Опыт использования зубных паст без лаурилсульфата натрия у пациентов с ксеростомией. Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. Т. 14. № 1. С. 62-65.
  3. Жулев Е.Н., Тиунова Н.В., Левин И.А. Особенности клинического течения и комплексного лечения синдрома жжения полости рта при гальванозе. Эндодонтия Today. 2015. № 2. С. 9-11.
  4. Жулев Е.Н., Трошин В.Д., Тиунова Н.В. Особенности патогенеза хронической стомалгии (стомалгической болезни). Эндодонтия Today. 2015. № 3. С. 62-64.
  5. Карлов В.А., Савицкая О.Н. Проблема лицевой боли: классификация и терминология. // Журнал невропатологии и психиатрии.- 1990.- № 4.- С. 3-9.
  6. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли.-М.: Медицина, 2004.- 144с.
  7. Лиманский Ю.П. Физиология боли. Киев: Здоровье, 1986. - с.1214.
  8. Лукиных Л.М., Тиунова Н.В., Левин И.А. Особенности гигиены полости рта у пациентов с несъемными и съемными протезами. Dental Forum. 2014. № 4. С. 71-73.
  9. Лукиных Л.М., Тиунова Н.В. Эффективность «имудона» в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Пародонтология. 2010. Т. 15. № 3. С. 62-63.
  10. Лукиных Л.М., Тиунова Н.В. Перекисное окисление липидов как одно из звеньев патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Нижегородский медицинский журнал. 2008. Т. 2. № 2. С. 105.
  11. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л. Индивидуальный подход к пациенту в стоматологии как звено персонализированной медицины. Российская стоматология. 2014. Т. 7. № 3. С. 12-14.
  12. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л. Местная анестезия: история и современность. Москва, 2016.
  13. Севбитов А.В., Голобородова И.В., Сметнева Н.С., Герасимова Т.В. Роль бета-адреноблокаторов в профилактике осложнений местной анестезии у пациентов с артериальной гипертензией (обзор литературы). Клиническая стоматология. 2016. № 4 (80). С. 38-41.
  14. Сметнева Н.С. Взаимосвязь между толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий и эндотелийзависимой вазодилатацией у пациентов хронической обструктивной болезнью легких. Хирург. 2012. № 6. С. 8.
  15. Сметнева Н.С. Трудности диагностики инфаркта миокарда в многопрофильном стационаре. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т. 8. № 6 S1. С. 335.
  16. Слюсар О.И., Абузарова М.Р. Современные гомеопатические препараты: методы анализа. Современные инновации. 2016. № 9 (11). С. 37-39.
  17. Слюсар О.И., Алексеев К.В., Калмыкова Т.П. Методические вопросы биологических исследований новых лекарственных препаратов. Ветеринарная патология. 2003. № 1. С. 172-174.
  18. Слюсар О.И., Копецкий И.С., Васильев Ю.Л. Профилактика травм челюстно – лицевой области у спортсменов с применением индивидуальных кап. Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3. С. 92.
  19. Тиунова Н.В., Лукиных Л.М. Эффективность препарата тенотен в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Клиническая стоматология. 2009. № 2 (50). С. 38-39.
  20. Тиунова Н.В. Комплексное этиопатогенетическое лечение стомалгии. Аспирантский вестник Поволжья. 2015. № 5-6. С. 303-305.

**СЕКЦИЯ №7.**

**ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)**

**СЕКЦИЯ №8.**

**ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)**

**СЕКЦИЯ №9.**

**ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)**

**СЕКЦИЯ №10.**

**ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)**

**СЕКЦИЯ №11.**

**ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)**

**СЕКЦИЯ №12.**

**ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)**

**СЕКЦИЯ №13.**

**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)**

**УСЛОВИЯ УСПЕШНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА  
С РАСПАДОМ И УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ К ХИМИОПРЕПАРАТАМ**

**Шилов В.Н.**

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

Цель работы заключается в определении характерных условий успешного комбинированного лечения туберкулеза с распадом и устойчивостью микобактерий к химиотерапевтическим препаратам.

Представляются случаи комбинированного лечения туберкулеза с распадом и лекарственной устойчивостью микобактерии к химиопрепаратам.

В работе использовались комплексное клинико-рентгенологическое, лабораторное, микробиологическое и гистологическое исследование. Микобактерии туберкулеза в мокроте определялись бактериоскопически по методу Ziehl-Neelsen и посевами на плотную и жидкую питательные среды, исследовалась мокрота на ДНК МБТ методом ПЦР. Ставилась внутрикожная проба «Диаскинтест». Проводился иммуноферментный анализ на антитела к МБТ; проводился общий анализ крови и мочи, исследовалось содержание в крови аланинаминотрансаминазы и аспартатаминотрансферазы, билирубина. Пациентов осматривали специалисты: терапевт, хирург, невропатолог, уролог, окулист, дерматолог, отоларинголог, психиатр.

В первом случае больной С. 42-х лет житель Саратова, не работающий поступил как впервые выявленный в ноябре 2014 года в Саратовский областной клинический противотуберкулезный диспансер с диагнозом: «Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада МБТ(+) IA МБТ(+); сахарный диабет II типа.»

Рентгенологически в сегменте верхней доли правого легкого субплеврально расположено полостное образование 35x47x42 мм, с четкой стенкой толщиной до 9 мм. В стенке определяются включения извести. К образованию подходит субсегментарный бронх, стенки его утолщены. В окружающей легочной ткани в сегментах S1, S3 и S4 на фоне пневмофиброза отмечается группа плотных продуктивных

очагов с участками кальциноза от 5 до 19x22 мм, часть из них сливаются в небольшой инфильтративный фокус. Внутри очагов видны расширенные бронхи, стенки их утолщены. Воздушность легочной ткани по остальным сегментам легких сохранена.

В процессе химиотерапии по I режиму на 18 дозе выделена ДНК МБТ устойчивая к изониазиду, в связи с чем режим лечения изменен на II с применением 5-ти препаратов: рифампицин-0,6, пиразинамид-2,5, канамицин-1,0, флоксан-0,2, ПАСК-12,0

Затем на 70-ой дозе химиотерапии была определена устойчивость к более широкому спектру препаратов — изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу и офлоксацину – множественная лекарственная устойчивость (МЛУ).

На фоне этих данных была адаптирована терапия: капреомицин-1,0, авелокс-0,4, пиразинамид-2,5, протионамид-1,0, циклосерин-1,0 (кансамин-0,75), ПАСК -12,0. Пациент получил 93 дозы и с некоторой положительной рентгенологической динамикой с диагнозом - «Туберкулемы верхней доли правого легкого в фазе распада МБТ(+) IA МБТ(+) ШЛУ», сопутствующий — «Сахарный диабет II типа», переведен для оперативного лечения в легочно-хирургическое отделение Саратовской областной клинической противотуберкулезной больницы.

Выполнена верхняя лобэктомия справа. Гистологическое заключение: конгломератные туберкулемы легкого и мелкие казеозные очаги, часть из них с распадом, перифокальным воспалением. По срезу верхне-долевого бронха явление хронического катарального бронхита.

На рентгенологическом снимке - оперированное правое легкое, танталовый шов на уровне 2-го ребра. В зоне оперативного вмешательства умеренно выраженный фиброз. Очагов по легочным полям не видно. Корни легких не увеличены, правый деформирован. Синусы свободные.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Химиотерапия продолжалась в Саратовском ОКПТД с диагнозом: «Состояние после верхней лобэктомии справа по поводу туберкулем в фазе распада МБТ(-), IA МБТ(+))».

В связи с тем, что у больного недавний послеоперационный период по поводу туберкулемы с распадом с МЛУ, ему был назначен индивидуальный режим химиотерапии: пиразинамид - 2,0, левофлоксацин - 0,4, капреомицин - 1,0, протионамид - 0,75, кансамин - 1,0, ПАСК — 12,0. Кроме того, был наложен и поддерживался на протяжении пребывания в стационаре пневмоперитонеум.

В послеоперационном периоде возобновление выделения МБТ не зарегистрировано. Самочувствие больного было удовлетворительным. При получении пациентом 180 доз химиотерапии он переведен на фазу продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Таким образом, лечение туберкулем с распадом верхней доли правого легкого с МЛУ у больного С. проводилось с применением химиотерапии IV режима — 93 дозы, затем после операционного вмешательства в виде верхней лобэктомии справа и последующем продолжении химиотерапии по IV режиму до 180 доз с наложением в послеоперационном периоде пневмоперитонеума.

Во втором случае больной Д. 1976 года рождения, проживающий в г. Саратове, не работающий, впервые выявлен профилактически, поступил в Саратовский областной клинический противотуберкулезный диспансер. На амбулаторном этапе обследования в мокроте больного скопически найдены микобактерии (МБТ). Рентгенологически выявлено - справа в S<sub>4</sub> фокус 3,5\*2,2 см средней интенсивности с неровными контурами с шелевидной деструкцией в центре, в окружающей легочной ткани очаги средних и мелких размеров, слева в верхней доле и в S<sub>6</sub> фокусы 2,5\*2,0 см и 1,5\*1,5 см средней интенсивности, в окружающей легочной ткани множественные очаги мелких и средних размеров.

Это позволило характеризовать обнаруженные проявления при поступлении как «Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и обсеменения МБТ(+) IA МБТ(+).»

Начальный этап лечения в виде химиотерапии по I режиму продолжался до 105 доз. К этому моменту отмечалась замедленная рентгенологическая динамика с незначительным рассасыванием очаго-инфильтративных изменений с сохранением полостей распада в верхней доле правого и в S<sub>6</sub> левого легкого. Затем была выявлена устойчивость (МЛУ) микобактерии мокроты методом абсолютных концентраций к изониазиду (H), рифампицину (R) и стрептомицину (S). В связи с этим лечение было продолжено по IV режиму с использованием капреомицина, пиразинамида, этамбутола, левофлоксацина, протионамида и ПАСК. Химиотерапия осложнялась гепатотоксическими реакциями. Еще через два месяца были получены результаты исследования устойчивости микобактерии в мокроте уже к пяти препаратам: изониазиду, рифампицину, стрептомицину, ПАСК и этамбутолу. В связи с этим был скорректирован ряд применяемых противотуберкулезных средств — пиразинамид, капреомицин, авелокс, теризидон, азитромицин.

К 190 дозам интенсивной химиотерапии состояние и самочувствие пациента удовлетворительное. Бактериовыделение сохранялось на уровне КУМ — 3 +; рентгенологически определялось уменьшение в объеме правой верхней доли с сохранением полости около 2 см в диаметре, в S4 появление свежей инфильтрации, в S6 слева частичное рассасывание инфильтрации и рубцевание полости распада с формированием туберкулемы. Вместе с тем отмечалось дальнейшее расширение спектра лекарственной устойчивости — к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, ПАСК, этамбутолу, офлоксацину.

Пациенту выполняется верхняя лобэктомия справа в хирургическом отделении Университетской клинической больницы фтизиопульмонологии I МГМУ им. И.М.Сеченова. Через полтора месяца - отсроченная 3-хреберная торакопластика справа. 28.07.14 года проведена также резекция S6 и части S1-2 левого легкого. Гистология во время операции показывает : Фиброзно-кавернозный туберкулез — МБТ 3(+).

Лечение продолжается в стационаре Саратовского областного противотуберкулезного клинического диспансера с диагнозом: Состояние после верхней лобэктомии справа с отсроченной 3-хреберной торакопластикой по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза; резекции S6 и части S1-2 левого легкого по поводу туберкулемы. МБТ(+) ШЛУ. Больной принимал химиопрепараты по интенсивной фазе 5 режима: этамбутол, кансамин, левофлоксацин, пиразиамид, протионамид и сиртуро. Всего по интенсивной фазе 5 режима было получено 301 доза.

Таким образом, этапный комбинированный подход при лечении у больного Д. фиброзно-кавернозного туберкулеза верхней доли правого легкого, туберкулемы S1-2 левого легкого с широкой лекарственной устойчивостью микобактерии позволил достигнуть удовлетворительного самочувствия, прекращения бактериовыделения и стабилизации рентгенокартины. Последующая интенсивная химиотерапия по пятому режиму привела к закреплению этого состояния, что позволило перевести лечение на фазу продолжения.

#### Выводы

1. Комбинированное лечение в виде сочетания химиотерапии и оперативного лечения туберкулеза легких с распадом и различной выраженностью устойчивости микобактерии к препаратам достигает положительного результата.
2. Для успешного комбинированного лечения туберкулеза легких с распадом и устойчивостью микобактерии к препаратам необходимо адекватное химиотерапевтическое воздействие, выражающееся в соответствующем подборе препаратов и сроков лечения.
3. Дополнительным составляющим элементом в комбинированном лечении является применение пневмоперитонеума, который используется в течение всего срока после хирургического вмешательства на этапе стационарной терапии.
4. Необходимым условием успешного комбинированного лечения туберкулеза с распадом с МЛУ и ШЛУ является высокая приверженность пациента к лечебному процессу.

## **СЕКЦИЯ №14.**

### **КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)**

**СЕКЦИЯ №15.  
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)**

**СЕКЦИЯ №16.  
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)**

**МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Карпин В.А., Мельникова Е.Н., Полухин В.В.**

Сургутский государственный университет, г. Сургут

Главным патоморфологическим проявлением хронических обструктивных заболеваний артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) является повреждение сосудистого эндотелия [7].

Наиболее частой причиной ХОЗАНК являются атеросклероз и сахарный диабет. Значительно реже встречается облитерирующий тромбангиит, неспецифический аорто-артериит, посттравматические и эмболические окклюзии [6, 11].

По данным многочисленных исследований, наиболее часто обсуждаемыми факторами риска развития ХОЗАНК являются: курение, возраст, мужской пол, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, избыточная масса тела, гиподинамия.

**Возраст.** Распространенность тесно связана с возрастом. Периферические сосудистые расстройства наиболее часто встречаются в пожилом и старческом возрасте. Это связано с регрессом функции сосудистой стенки и преобладанием заболеваний, в патогенетические механизмы которых входит повреждение стенки кровеносных сосудов (атеросклероз, сахарный диабет, гипертоническая болезнь). Важно отметить, что возраст выделяют как самостоятельный фактор развития ХОЗАНК. Развитие ХОЗАНК является одним из проявлений системного характера атеросклероза в стареющем организме [1, 3, 10, 14, 17, 18].

**Мужской пол.** Мужчины страдают ХОЗАНК в 1,5 раза чаще женщин. Доказано, что мужской пол способствует развитию и ИБС и ХОЗАНК. Циклические колебания уровня эстрогенов в женском организме положительно влияют на вазодилаторную функцию эндотелия. Хотя после 60 лет вазореактивность артерий уже достоверно не различается у мужчин и женщин, все равно к этому возрасту артериальная система у женщин находится в более сохранном состоянии [4, 5].

**Курение.** Курение является важным фактором риска ХОЗАНК. В настоящее время имеются существенные доказательства связи между активным курением и заболеваниями периферических артерий. Риск развития атеросклеротического процесса у курящего человека выше, чем у некурящего. Курение повышает агрегацию и адгезию эритроцитов, способствует слипчиванию эндотелиальных клеток, снижает уровень антиатерогенных липопротеидов высокой плотности. Величина ассоциации больше, чем при ишемической болезни сердца. Риск ниже среди бывших курильщиков, но, тем не менее, значительно увеличивается по сравнению с никогда не курящими пациентами. Результаты свидетельствуют о необходимости вмешательства для избавления от пагубной привычки среди больных-курильщиков и препятствовать началу курения среди никогда ранее не куривших лиц. Прекращение курения значительно снижает риск развития ХОЗАНК, тем не менее повышенный риск сохраняется даже среди бывших курильщиков [2, 12, 15].

**Дислипидемия.** Повышенное содержание липопротеидов в крови обуславливает изменение состава клеточных мембран, приводящее к нарушению функции кальциевого и натриевого насосов, деградации митохондрий. Такое воздействие на форменные элементы крови способствует, в конечном итоге, изменению реологических свойств крови, повышению адгезивной способности эритроцитов и тромбоцитов, укорочению времени их жизни. Кислородтранспортная функция крови страдает в результате снижения диффузии кислорода через мембрану эритроцитов, слой плазмы, стенку капилляра, усугубляя каскад метаболических нарушений в тканях. Начинает преобладать анаэробный путь энергопродукции, усиливаются процессы перекисного окисления липидов [3, 8, 16].

**Сахарный диабет.** Еще более сложную категорию больных с облитерирующими заболеваниями сосудистой системы составляют больные с клиническими признаками сахарного диабета. Сахарный диабет сочетается с атеросклеротическим процессом в 5-40% случаев. В основе поражения сосудистой системы при сахарном диабете лежит сочетание атеросклероза с микроангиопатией. При этом одним из опаснейших осложнений течения сахарного диабета являются гнойно-некротические процессы, развивающиеся в области дистальных сегментов нижних конечностей, которые характеризуются прогрессированием процесса гангренизации и септическими осложнениями, что является жизненным показанием для ампутации конечности. При облитерирующих заболеваниях у больных сахарным диабетом в 70% случаев развивается синдром критической ишемии конечности. Возможности реконструктивных операций у этой категории больных невелики из-за обширности, распространенности процесса в сосудистом русле, а также поражения печени и почек [2, 9].

**Артериальная гипертензия.** Самой распространенной сопутствующей патологией у больных с облитерирующими поражениями сосудистой системы является гипертоническая болезнь. При повышении артериального давления отмечается повышение периферического сопротивления, развивается кальцификация артериальной стенки [2, 13].

Как показали многочисленные исследования, факторы риска реализуют свое повреждающее действие через усиление процессов оксидативного стресса: интенсивная продукция перекисных радикалов нарушает баланс между защитными и повреждающими воздействиями на стенку сосудов. Свободные радикалы являются своеобразной ловушкой для молекул оксида азота, блокируя его физиологическое (защитное) действие на сосуды. Таким образом, дисфункцию эндотелия связывают с недостатком продукции или биодоступности оксида азота в стенке артерий. Несмотря на то, что атеросклероз поражает в основном крупные сосуды, важную роль в формировании основных клинических проявлений играют нарушения микроциркуляции. Сюда следует отнести прежде всего внутрисосудистые нарушения, патологию сосудистой стенки и периваскулярные изменения, которые всегда присутствуют при тромбооблитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей. Кроме того, играют определенную роль агрегация эритроцитов, шунтирование кровотока, периферический спазм, нарушения сосудистой проницаемости. Хроническая гипоксия в сочетании с накоплением большого количества активных радикалов ведет к выделению значительного числа биологически активных веществ, в том числе гистамина и провоспалительных цитокинов. Воспаление поддерживает и стимулирует рост атероматозных бляшек, что в сочетании с гиперкоагуляцией и недостаточностью фибринолиза ведет к прогрессированию заболевания. Гипоксия в сочетании с накоплением продуктов перекисного окисления липидов ведет к резкому снижению интенсивности процессов тканевого дыхания и в конечном итоге к необратимой ишемизации мышц нижних конечностей. Таким образом, развитие ХОЗАНК характеризуется возникновением порочного круга на клеточном и сосудистом уровнях. Клинически это проявляется неуклонно прогрессирующим течением заболевания.

#### Список литературы

1. Асланов А.Д., Михайлов И.П., Жулин Д.В. и др. Сравнительная оценка различных способов лечения хронической критической ишемии нижних конечностей у больных пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии. 2003. Т. 162, №4. С. 83-86.
2. Дарвин В.В., Дрожжин Е.В. Липидные нарушения и факторы, способствующие прогрессированию атеросклеротического процесса // Сб. науч. тр. Сургутского гос. ун-та. Вып. 12. Естественные науки. Сургут: Изд-во СурГУ, 2003. С. 46-50.
3. Дибиров М.Д., Гаджимурадов Р.У., Евсеев Ю.Н. и др. Хирургическое лечение больных пожилого и старческого возраста с хронической ишемией при дистальных окклюзиях // Вестник хирургии. 2000. Т. 159, №4. С. 85-88.
4. Китачев К.В., Хубулава Г.Г., Сазонов А.Б. и др. Особенности патогенеза хронической ишемии нижних конечностей у пациентов старших возрастных групп // Успехи геронтологии. 2008. Т. 21, №1. С. 97-99.
5. Кошкин В.М., Сергеева Н.А., Кузнецов М.Р., Наставшева О.Д. Консервативная терапия больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей // Медицинский совет. 2015. №8. С. 6-9.

6. Куликов В.П., Беспалов А.Г., Хореев Н.Г. Ультразвуковая диагностика патологии артерий нижних конечностей // Ультразвуковая диагностика сосудистых заболеваний / Под ред. В.П. Куликова. М.: ООО «СТРОМ», 2007. С. 365-387.
7. Петухов А.В. Современное состояние проблемы лечения критической ишемии нижних конечностей // Новости хирургии. 2006. Т.14, №4. С. 97-106.
8. Рибера-Касадо Д.М. Старение и сердечно-сосудистая система // Клин. геронтология. 2000. №11-12. С. 97-108.
9. Седов В.М., Андожская Ю.С., Белова С.Г., Гирина М.Б. Нарушения микроциркуляции в тканях нижних конечностей у больных с синдромом диабетической стопы // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2006. Т. 5. С. 59-62.
10. Сухарев И.И., Гуч А.А., Никульников П.И. и др. Показания и выбор оперативного лечения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом пожилого и старческого возраста // Клин. хирургия. 2001. №8. С. 47-49.
11. Явелов И.С., Андрияшкин В.В. Лабораторные и инструментальные методы диагностики заболеваний сосудистого русла // Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2015. С. 14-27.
12. Conen D., Everett B.M., Kurth T. et al. Smoking, smoking cessation and risk for symptomatic peripheral artery disease in women: a cohort study // Ann. Intern. Med. 2011. V. 154, №11. P. 719-726.
13. Emdin C.A., Anderson S.G., Callender T. et al. Usual blood pressure, peripheral arterial disease, and vascular risk: cohort study of 4.2 million adults // BMJ. 2015. V. 351. P. h4865.
14. Hirsch A.T., Haskal Z.J., Hertzner N.R. et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease // J. Am. Coll. Cardiol. 2006. V. 47, №6. P. 1239-1312.
15. Lu L., Mackay D.F., Pell J.P. et al. Meta-analysis of the association between cigarette smoking and peripheral arterial disease // Heart. 2014. V. 100, №5. P. 414-423.
16. Murabito J.M., Tvans J.C., Larson M.G. et al. The ankle-brachial index in the elderly and risk of stroke, coronary disease and death // Arch. Intern. Med. 2003. Vol. 163, №8. P. 1939-1942.
17. Selvin E., Erlinger T.P. Prevalence and risk factors for peripheral arterial disease in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000 // Circulation. 2004. V.11, №6. P. 738-743.
18. Van der Meer I.M., Iglesias del Sol A., Hak A.E. et al. Risk factors for progression of atherosclerosis measured at multiple sites in the arterial tree // Stroke. 2003. №34. P. 2374-2379.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ

**Сюрин С.А., Сочкова Л.В.**

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Городская поликлиника № 87»

**Введение.** Одна из задач здравоохранения в России заключается в перераспределении объемов медицинской помощи с дорогостоящего лечения в стационарах больниц на его стационарозамещающие и иные не госпитальные формы [4, 5]. Дневной стационар предназначен для проведения лечебных мероприятий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения. При этом предусматривается применение современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. Опыт работы дневных стационаров различного профиля во многих регионах страны показывает их высокую эффективность с достижением положительного результата в 87,4-99,3% случаев. [1, 3, 4]. В настоящее время остро стоит вопрос об использовании дневных стационаров для профилактики и лечения наиболее социально значимых заболеваний, включая хронические неинфекционные (ХНЗ), и расширении контингента пациентов, показанных для применения данной медицинской технологии [2].

**Цель исследования** заключалась в изучении эффективности лечения больных ХНЗ в дневном стационаре типовой городской поликлиники.

**Материалы и методы.** Проведен анализ клинико-демографических данных и результатов лечения 5180 больных хроническими неинфекционными заболеваниями, прошедших курс терапии в дневном стационаре поликлиники. Обследование и лечение пациентов проводилось в полном соответствии с утвержденными медико-экономическими стандартами. Результаты исследования обработаны статистически с применением модуля «Медицинская информационная система», версия 4.076 ИЭМК ЗАО «СВ-мед» 207-15 и программного обеспечения Microsoft Excel 2007.

**Результаты исследования.** В 2014-2016 годах в дневном стационаре было проведено лечение 5180 пациентов. Среди них преобладали женщины (80,8%), лица старше трудоспособного возраста (82,8%), в том числе прекратившие трудовую деятельность в связи с выходом на пенсию по старости (69,4%). Общее число дней лечения составило 62415 дней, при средней продолжительности одного случая 12,0±0,2 дня.

В течение 3 лет среди обследованных лиц отмечалось увеличение доли пациентов трудоспособного возраста (14,6% и 25,0%,  $p<0,001$ ) и работающих лиц (с 21,2% до 30,4%,  $p<0,001$ ), при уменьшении доли пенсионеров по старости (72,9% и 63,6%,  $p<0,001$ ) и лиц старше трудоспособного возраста (85,4% и 75,0%,  $p<0,001$ ). При этом возраст пациентов существенно ( $p>0,05$ ) не изменялся (табл.).

Таблица

Демографические показатели пациентов дневного стационара

Показатели	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Общее число пациентов, из них	1502	1949	1729
мужчины, чел., (%)	260 (17,3)	442 (22,7)	292 (17,6)
женщины, чел., (%)	1242 (82,7)	1507 (77,3)	1437 (82,4)
Возраст, лет	65,6±0,4	66,1±0,3	66,2±0,3
Число пациентов трудоспособного возраста, чел., (%)	219 (14,6)	341 (17,5)	432 (25,0)
Число пациентов старше трудоспособного возраста, чел., (%)	1283 (85,4)	1708 (82,5)	1297 (75,0)
Пенсионеры	1095 (72,9)	1398 (71,7)	1100 (63,6)
Работающие лица	319 (21,2)	440 (22,6)	526 (30,4)
Неработающие лица трудоспособного возраста и студенты	88 (5,8)	111 (5,7)	103 (5,9)

В структуре заболеваний пациентов, прошедших курс лечения в дневном стационаре, почти две трети составили болезни системы кровообращения. Второе - третье места занимали болезни эндокринной и костно-мышечной систем (менее 15% всех случаев). Совокупная доля заболеваний всех других классов (болезни органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, глаза и его придаточного аппарата) составила менее 4% (рис. 1).

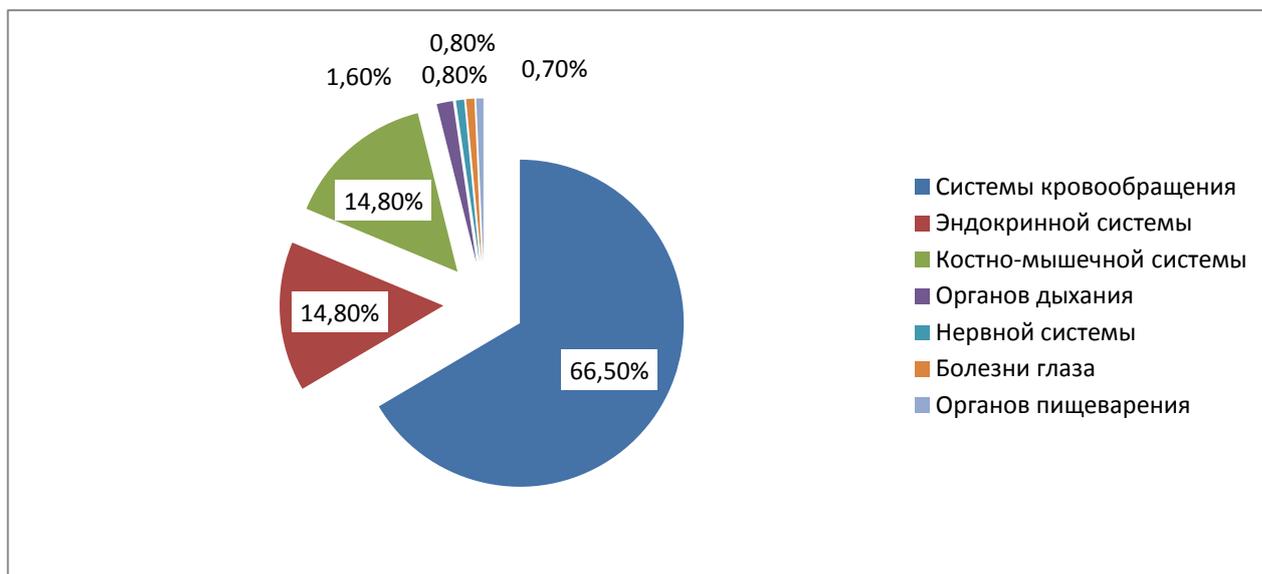


Рисунок 1. Структура заболеваемости пациентов (по классам болезней).

Из числа отдельных нозологических форм наиболее часто у пациентов дневного стационара диагностировалась цереброваскулярная болезнь (энцефалопатия), доля которой в общей структуре заболеваемости составила почти половину.

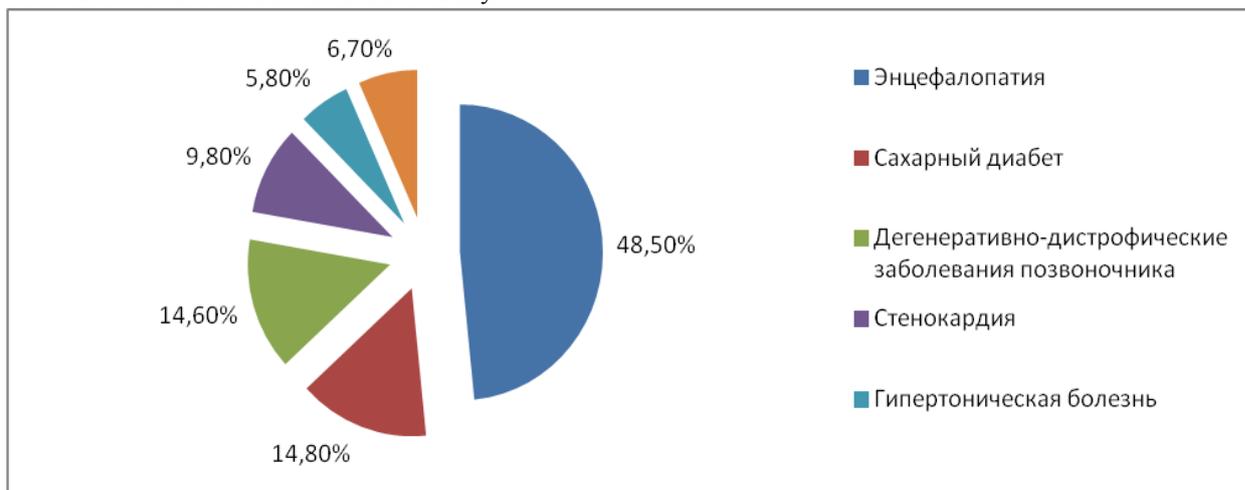


Рисунок 2. Структура заболеваемости пациентов (по нозологическим формам).

Доли сахарного диабета и дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, занимавших второе и третье места, приближались к 15%. С долями менее 10% четвертое и пятое места в структуре заболеваемости занимали ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь соответственно. Частота выявления всех других заболеваний была незначительной и в сумме составила только 6,4% от всех зарегистрированных случаев нарушения здоровья (рис. 2).

В течение 2014-2016 гг. структура заболеваемости пациентов дневного стационара претерпевала некоторые изменения. Так, в 2014 г. чаще выявлялись заболевания сердца с сердечной недостаточностью по сравнению с 2015 г. (10,8% и 4,1%,  $p < 0,001$ ) и 2016 г. (10,8% и 4,8%,  $p < 0,001$ ). В 2015 г. было больше больных энцефалопатиями, чем в 2014 г. (53,1% и 47,2%,  $p < 0,001$ ) и 2016 г. (53,1% и 46,7%,  $p < 0,001$ ). Также в 2015 г. количество больных сахарным диабетом превышало их количество в 2014 г. (16,5% и 13,6%,  $p < 0,02$ ) и 2016 г. (16,5% и 13,9%,  $p < 0,02$ ). В 2016 г. число больных стенокардиями I-II ФК было больше, чем в 2014 г. (9,4% и 4,4%,  $p < 0,001$ ) и 2015 г. (9,4% и 5,0%,  $p < 0,001$ ).

В лечебном комплексе всех больных дневного стационара применялось внутривенное капельное введение медикаментозных препаратов. Помимо этого у 2465 (47,6%) пациентов оно дополнялось внутривенным струйным и у 766 (14,8%) пациентов – внутримышечным введением препаратов. У всех пациентов продолжалась ранее назначенная лечащими врачами базисная терапия пероральными препаратами с необходимой ее коррекцией. Кроме медикаментозных препаратов лечебный комплекс 1780 (34,4%) пациентов включал занятия лечебной физкультурой и у 851 (16,4%) пациентов применялись различные физиотерапевтические процедуры. Во время лечения всем пациентам рекомендовалось диетическое питание в соответствии с характером их заболевания. Для обеспечения преемственности в работе врачей поликлиники и дневного стационара после окончания лечения пациенты дневного стационара с необходимыми рекомендациями направлялись (возвращались) для постоянного наблюдения специалистами поликлиники.

В результате проведенного лечения улучшение состояния было достигнуто у 4917 (94,9%) пациентов. Существенных различий в ежегодных показателях эффективности лечения не отмечалось.

**Обсуждение результатов.** Проведенное исследование подтвердило эффективность такой относительно новой медицинской технологии как дневной стационар, ранее доказанная у пациентов хирургического, неврологического, терапевтического профилей [1, 4]. Помимо этого, удалось показать возможность получения положительных результатов у больных ХНЗ, т.е. группой болезней борьба, с которыми является приоритетной задачей современной медицины [2]. Особенностью исследования явилось также то, что под наблюдением находились более возрастные пациенты, чем в ранее выполненных работах [1, 3, 4]. Известно, что доля этой группы в общей структуре населения постоянно увеличивается, равно как значимость тесно связанных с возрастом ХНЗ [2]. Представляется целесообразным использовать лечение в дневном стационаре у более широкого контингента пациентов, страдающих ХНЗ, в том числе у лиц

среднего возраста, продолжающих трудовую деятельность.

**Заключение.** Лечение в дневном стационаре эффективно у больных хроническими неинфекционными заболеваниями старшей возрастной группы, прежде всего, болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом.

#### Список литературы

1. Волнухин А.В. Стационарозамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача); организационно-экономические аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2010.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М., 2014.
3. Корнилова Г.И. Организация работы дневного стационара для взрослых в условиях крупного травматолого-ортопедического учреждения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2008.
4. Фесенко К.С. Анализ взаимодействия и преемственности в работе поликлиники и дневного стационара при ведении пациентов разного возраста. Available from: <https://www.scienceforum.ru/2016/1628/19300>.
5. Щепин В.О., Пояркова Е.С. Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения России. Экономика здравоохранения. 2008; 8: 14-17.

### СЕКЦИЯ №17.

#### КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)

##### КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОФЛАВИНА В СОСТАВЕ БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

**Тюкина Т.А., Дикова О.В., Шаповалова В.О.**

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, Медицинский институт, г. Саранск

Несмотря на то, что в настоящее время существует множество методов лечения псориаза, значительное число исследовательских работ, посвященных этой теме, а также появление новых лекарственных средств, проблема эффективной терапии псориаза остается одной из наиболее актуальных в современной дерматологии [2].

**Цель исследования:** улучшение результатов и повышение качества лечения больных псориазом при помощи введения цитофлавина в состав комплексной терапии дерматоза.

**Материалы и методы исследования.** В ГБУЗ РМ «МРКВД» г. Саранска пролечено 70 больных псориазом в стадии прогрессирования патологического кожного процесса (14 мужчин (20%) и 56 женщин (80%)) в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст – 38,92±1,5 лет). Все пациенты после получения письменного информированного согласия на обследование и лечение, а так же заключения локального этического комитета Медицинского института были разделены на 2 группы: I – группа сравнения (35 больных: женщин 23 (65,71%), мужчин – 12 (34,28%), средний возраст – 43,26±3,1 лет)) – больные получали стандартную терапию (СТ), состоящую из общемедикаментозного – дезинтоксикационные, антигистаминные, гипосенсибилизирующие, седативные препараты, витаминотерапия, препараты, нормализующие процессы микроциркуляции и местного лечения [5]; II – исследуемая группа – 35 больных (женщин 26 (74,3%), мужчин – 9 (25,7%), средний возраст – 40,37±2,28 лет)), получивших комплексную терапию с введенным в ее состав цитофлавином [6].

Дана оценка регресса клинических показателей и индексов PASI, PSS, ДИШС, отражающих тяжесть патологического кожного процесса.

**Индекс PASI** (Psoriasis Area and Severity Index) – основной индекс для определения тяжести течения псориаза, позволяет объективно оценить эффективность проводимой терапии; представлен целым числом от 0 (отсутствие болезни) до 72 (самое тяжелое течение) и отражает площадь поражения с учетом

интенсивности проявлений клинических признаков, таких как эритема, интенсивность шелушения и инфильтрации. После подсчета индекса для каждой из 4-х областей суммируются полученные показатели и получается общий суммарный индекс PASI [3].

**Индекс тяжести псориаза PSS** (PsoriasisSeverityScore (Scale)) вычисляется по формуле  $1/6 \times (\text{Краснота} + \text{Шелушение} + \text{Инфильтрация}) \times (\text{Площадь поражения})$  для всего тела в целом. Краснота, шелушение и инфильтрация оцениваются по 2-х балльной шкале (0 = нет, 1 = есть, 2 = интенсивно). Значения площади поражения и индексов PASI и PSS дополняют друг друга и часто используются одновременно [3].

**Дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС)** применяется для объективной оценки состояния больных и эффективности проводимой терапии [4].

Клинические индексы PASI, PSS и ДИШС определялись при поступлении больных в стационар и при выписке.

#### **Характеристика препарата, примененного в исследовании.**

**Цитофлавин** – Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота (Inosinum + Nicotinamidum + Riboflavinum + Acidumsuccinicum); таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой красного цвета, круглые, двояковыпуклые. Схема лечения – цитофлавин по 2 таблетки 2 раза в сутки за 30 минут до еды в течение 25 дней на фоне стандартной терапии. Препарат обладает выраженными антигипоксическим, антиоксидантным и нейротропным эффектами, нормализуя процессы утилизации кислорода тканями, уже пережившими гипоксию, а также повышает иммунобиологическую резистентность организма [1].

#### **Результаты и обсуждение.**

Оценка сроков регресса патологических кожных эффоресценций (гиперемия, инфильтрация, шелушение, расчесы) и субъективных ощущений (зуд) проводилась при поступлении больных на стационарное лечение, а так же на 5, 10, 15, 20 дни терапии и при выписке.

В результате проводимой базовой терапии интенсивность зуда к 10-му дню купирована на 50,99% ( $p < 0,001$ ) (с применением цитофлавина – на 50,38% ( $p < 0,001$ ), за весь период терапии показатель уменьшился на 81,67% с  $2,51 \pm 0,19$  до  $0,46 \pm 0,12$  ( $p < 0,001$ ) балла (на фоне лечения с применением цитофлавина – на 98,85% с  $2,6 \pm 0,19$  до  $0,03 \pm 0,03$  ( $p < 0,001$ ) балла).

СТ привела к снижению показателя инфильтрации на 48,93% с  $3,74 \pm 0,11$  до  $1,91 \pm 0,15$  ( $p < 0,001$ ) балла (исследуемая – на 75,65% с  $3,86 \pm 0,06$  до  $0,94 \pm 0,13$  ( $p < 0,001$ ) балла). Интенсивность расчесов у больных I группы уменьшилась на 85,31% с  $2,11 \pm 0,2$  до  $0,31 \pm 0,1$  ( $p < 0,001$ ) балла (под влиянием цитофлавина – на 96,07% с  $2,29 \pm 0,21$  до  $0,09 \pm 0,06$  ( $p < 0,001$ ) балла).

Аналогичную положительную динамику имел показатель гиперемии, который за время СТ снизился на 44,06% ( $p < 0,001$ ) с  $3,79 \pm 0,09$  до  $2,12 \pm 0,15$  баллов, терапии с применением цитофлавина – на 66,25% ( $p < 0,001$ ) с  $3,97 \pm 0,03$  до  $1,34 \pm 0,12$  балла. Показатель шелушения на 10-й день базовой терапии претерпел редукцию на 14,32% ( $p < 0,001$ ), за весь период терапии – на 50,66% с  $3,77 \pm 0,08$  до  $1,86 \pm 0,13$  ( $p < 0,001$ ) балла. За 10 дней терапии с применением цитофлавина аналогичный показатель снизился на 20,46% ( $p < 0,001$ ), а в целом за весь период терапии – на 71,61% с  $3,91 \pm 0,05$  до  $1,11 \pm 0,12$  ( $p < 0,001$ ) балла.

В группе сравнения средние значения индекса PASI до лечения составили  $32,93 \pm 1,26$  балла, в исследуемой группе –  $28,99 \pm 2,48$  баллов. В результате проведенной базовой терапии изучаемый индекс снизился на 55,6% до  $14,62 \pm 1,43$  баллов ( $p < 0,001$ ); традиционная терапия с применением цитофлавина способствовала снижению показателя на 77,37% до  $6,56 \pm 1,52$  баллов ( $p < 0,001$ ), что достоверно ниже значений I группы на 55,13% ( $p < 0,001$ ).

Исходное числовое значение индекса PSS у больных I и II изучаемых групп соответственно было равно  $39,64 \pm 1,92$  и  $37,87 \pm 2,83$  баллов. Базовая терапия способствовала снижению индекса на 60,95% ( $p < 0,001$ ), составив на период окончания лечения  $15,48 \pm 1,49$  баллов. СТ с введением в ее состав цитофлавина привела к снижению показателя на 77,32% ( $p < 0,001$ ) до  $8,59 \pm 1,48$  баллов, что достоверно ниже контрольных цифр на 44,51% ( $p < 0,001$ ).

Среднее значение Дерматологического Индекса Шкалы Симптомов (ДИШС) в группе больных, получающих базовую терапию, исходно было равно  $17,11 \pm 0,68$  баллов, в процессе терапии снизилось на 67,79% ( $p < 0,001$ ) до  $5,51 \pm 0,66$  баллов. Аналогичный показатель у больных II исследуемой группы был равен  $16,34 \pm 0,69$  баллов с последующим снижением на 71,18% до  $4,71 \pm 0,51$  баллов ( $p < 0,001$ ), что на 14,52% ниже аналогичных значений больных I группы ( $p < 0,05$ ).

Учитывая полученную положительную динамику объективной и субъективной симптоматики, улучшение показателей клинических индексов PASI, PSS, ДИШС мы полагаем, что применение метаболитического препарата цитофлавин внутрь по 2 таблетки 2 раза в сутки за 30 минут до еды в течение 25 дней в составе СТ псориаза оправдано и патогенетически обосновано.

#### **ВЫВОДЫ**

1. Выявлена достоверная клиническая эффективность комплексной терапии псориаза с введением в её состав цитофлавина, что характеризуется более ранним началом регресса объективной (гиперемия, инфильтрация, расчесы, шелушение) и субъективной (кожный зуд) симптоматики. Активность гиперемии на фоне лечения с применением цитофлавина снизилась на 66,25%; инфильтрации – на 75,65%; шелушения – на 71,61%; расчесов – на 96,07%; кожного зуда – на 98,85%.

2. У больных псориазом, получивших комплексную терапию с введением в её состав цитофлавина, наблюдалось достоверное снижение динамики клинических индексов: PASI – на 77,37%; PSS – на 77,32%; ДИШС – на 71,18%, что в целом способствовало улучшению качества проводимой терапии.

Т а б л и ц а

Динамика индекса PASI на фоне изучаемых методов терапии псориаза

Группа больных псориазом	Индекс PASI, балл		Индекс PSS, балл		Индекс ДИШС, балл	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
I (стандартная терапия); n=35	32,93±1,26	14,62 ± 1,43 *	39,64± 1,92	15,48± 1,49*	17,11± 0,68	5,51± 0,66*
II (стандартная терапия + цитофлавин); n=35	28,99±2,48	6,56 ± 1,52* #	37,87± 2,83	8,59± 1,48 * #	16,34± 0,69	4,71± 0,51*

Примечание: \* – достоверность различия с данными до лечения (p<0,001)

# – достоверность различия с данными I группы (p<0,001)

#### **Список литературы**

1. Афанасьев В. В. Цитофлавин в интенсивной терапии: Пособие для врачей / В. В. Афанасьев. – СПб.: Б.И. – 2005. – 36 с.
2. Бакулев А. Л. Псориаз как системная патология / А. Л. Бакулев, И. В. Козлова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 18.
3. Дикова О. В. Клинико-патогенетическое обоснование средств метаболической коррекции в комплексном лечении псориаза, атопического дерматита, экземы: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Саранск. – 2011. – 43 с.
4. Ласеев Д. И. Сравнительная оценка эффективности комплексного лечения экземы с применением цитофлавина и пикамилона: дисс. ... канд. мед. наук. – Саранск. – 2012. – 171 с.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 декабря 2007 г. № 780 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с псориазом".
6. Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России: Справочник». М.: Видаль Рус. – 2015. – 1480 с.

#### **СЕКЦИЯ №18.**

#### **ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)**

#### **СЕКЦИЯ №19.**

#### **МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)**

# ИЗМЕНЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛЕТОК КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ КРЫСЫ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКИХ ДОЗ ДДТ

Цомартова Д.А.

Научно-исследовательский институт морфологии человека, г. Москва

Дихлордифенилтрихлорэтан (ДДТ) – пестицид, являющийся универсальным стойким системным поллютантом. Широкое использование в прошлом веке и возобновление применения в 2000-е годы в качестве средства для борьбы с трансмиссивными заболеваниями обеспечивают присутствие ДДТ во всех экосистемах планеты. Основным источником ДДТ для населения развитых стран являются продукты питания [7]. Максимально допустимые уровни содержания ДДТ в пищевых продуктах определены Всемирной организацией здравоохранения и локальными нормативными актами [1]. Однако безопасность низких доз ДДТ для взрослого, и особенно развивающегося организма на сегодняшний день остается открытым вопросом, так как у ДДТ были обнаружены свойства эндокринного дисраптора – соединения, способного в ничтожно низких дозах влиять на функционирование эндокринных желез и реализацию гормональных эффектов [4]. Ранее было показано, что воздействие больших доз ДДТ способно вызывать некротические изменения в пучковом слое коркового вещества надпочечников [6]. Целью настоящего исследования было изучение секреторной деятельности клеток коркового вещества надпочечников крысы в пубертатном периоде при воздействии низких доз ДДТ с первого дня постнатального развития.

Эксперимент выполнен на самцах крысах Вистар (n=10), которые получали низкие дозы ДДТ сначала с молоком матери, а затем потребляли его самостоятельно в виде водного раствора с концентрацией о,п-ДДТ 20 мкг/л вместо питьевой воды. Расчет потребляемой дозы ДДТ производили с учетом требований National Toxicology Program (США) к определению низких доз, с учетом пороговых значений низких доз для ДДТ (50 мкг/кг/сут) [8] и нормативам содержания ДДТ в продуктах питания в Российской Федерации [1]. Методом газожидкостной хроматографии было подтверждено отсутствие в водопроводной воде и корме для лабораторных животных ДДТ, его метаболитов и родственных хлорорганических соединений. Среднесуточное самостоятельное потребление ДДТ самцами крыс составило  $3,71 \pm 0,15$  мкг/кг, что является кинетически обоснованной дозой, соответствующей уровню потребления ДДТ человеком с продуктами питания [9]. Животные контрольной группы (n=10) получали водопроводную воду. Животных выводили из эксперимента передозировкой золетила в возрасте 6 недель, что соответствует пубертатному периоду. Эксперимент выполнен в соответствии с Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных, утвержденными приказом Минздрава СССР № 577 от 12.08.1977 г., и этическими принципами, установленными Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей. Для оценки секреторной активности эндокриноцитов клубочкового и пучкового слоев коркового вещества в сыворотке крови крыс методом иммуноферментного анализа с помощью коммерческих наборов определяли концентрацию альдостерона («Cusabio», Китай) и кортикостерона («ДВС», США), соответственно. Также проводили определение концентрации в сыворотке крови женских половых гормонов эстрадиола и эстрона («IDS», США) как показателя активности клеток сетчатого слоя коркового вещества. Сравнение независимых групп по количественному признаку проводили с помощью t-критерия Стьюдента с учетом значений критерия Левена о равенстве дисперсий. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Исследование секреторной активности эндокриноцитов коркового вещества надпочечников крыс контрольной группы и группы крыс, подвергавшихся воздействию низких доз ДДТ с первого дня постнатального развития, выявило статистически значимые отличия по всем изучаемым показателям. Концентрация альдостерона в сыворотке крови крыс опытной группы, в пубертатном периоде превышала значения контрольной группы почти в полтора раза ( $202,57 \pm 18,27$  и  $138,59 \pm 12,11$  пг/мл, соответственно). Концентрация основного глюкокортикоида крыс кортикостерона ( $176,95 \pm 18,97$  нг/мл), напротив, была вдвое меньше значений контрольной группы ( $376,40 \pm 22,32$  нг/мл). Уровень эстрадиола ( $16,21 \pm 1,68$  пг/мл) повысился в среднем на 25% по сравнению с контролем ( $12,99 \pm 1,42$  пг/мл), а эстрона – на 29% ( $114,67 \pm 5,35$  и  $88,97 \pm 5,65$  пг/мл, соответственно).

Полученные данные указывают на неоднородность изменений секреторной деятельности клеток коркового вещества надпочечника, заключающейся как в ее повышении в клубочковой и сетчатой зоне, так

и снижении в пучковом. Эти изменения свидетельствуют о длительном негативном воздействии на эндокриноциты пучковой зоны, вызывающей активацию секреторных процессов по принципу обратной связи как в более АКТГ-зависимых клетках сетчатой зоны, так и менее зависимых – в клубочковой зоне. Известно, что стероидные и тиреоидные гормоны не только регулируют метаболизм белков, углеводов, липидов и электролитов, но и оказывают модулирующее действие также на функционирование иммунной системы [2, 5]. Так минералокортикоиды способствуют развитию воспалительных реакций [3]. Повышение их продукции на фоне снижения синтеза противовоспалительных глюкокортикоидов может привести к значительным нарушениям функционирования иммунной системы и течения инфекционно-воспалительных процессов.

Таким образом, воздействие низких доз ДДТ, предусмотренных максимально допустимыми уровнями его содержания в продуктах питания, с первых дней постнатального периода онтогенеза приводит к развитию значительных изменений секреторной деятельности клеток коркового вещества надпочечников крыс к пубертатному периоду, что является негативным прогностическим фактором, способным нарушать функционирование не только эндокринной, но и иммунной, репродуктивной и сердечно-сосудистой систем.

#### Список литературы

1. Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов. СанПин 2.3.2.1078-01. – 2008.
2. Яглов В.В., Яглова Н.В. Основы цитологии, эмбриологии и гистологии: учебник. – М.: ИНФРА-М, 2017. – 637с.
3. Яглов В.В., Яглова Н.В. Основы частной гистологии. – М.: КолосС. 2011. – 432с.
4. Яглова Н.В., Яглов В.В. Эндокринные дизрапторы - новое направление исследований в эндокринологии // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – № 3. – С. 56-61.
5. Яглова Н.В. Взаимосвязь функциональной активности щитовидной железы и уровня провоспалительных и иммунорегуляторных цитокинов при остром экспериментальном эндотоксикозе // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2009. – Т. 147. – № 6. – С. 635-638.
6. Asp V., Ulleras E., Lindstrom V., Bergstrom U., Oskarsson A., Brandt I. Biphasic hormonal responses to the adrenocorticolytic DDT metabolite 3-methylsulfonyl-DDE in human cells. // Toxicol. Appl. Pharmacol. – 2010. – Vol.242. – N.3. – P.281-289.
7. State of the science of endocrine disrupting chemicals 2012. United Nations Environment Programme and World Health Organization. – 2013. – 260p.
8. Vandenberg L., Colborn T., Hayes T., Heindel J., Jacobs D., Duk-Hee L., Shioda T., Soto A., Saal F., Welshons W., Zoeller R., Myers J. Hormones and Endocrine-Disrupting Chemicals: Low-Dose Effects and Nonmonotonic Dose Responses // Endocrine Reviews. – 2012. - Vol. 33. – P.378–455.
9. Yamazaki H., Takano R., Shimizu M., Muruayama N., Kitajima M., Shono F. Human blood concentrations of dichlorodiphenyltrichloroethane (DDT) extrapolated from metabolism in rats and humans and physiologically based pharmacokinetic modeling // Journal of health science. – 2010. – Vol. 56. – No.5. – P.566-575.

#### **СЕКЦИЯ №20.**

#### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)**

#### **СЕКЦИЯ №21.**

#### **МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)**

#### **СЕКЦИЯ №22.**

#### **НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)**

**СЕКЦИЯ №23.  
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)**

**СЕКЦИЯ №24.  
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)**

**СЕКЦИЯ №25.  
НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)**

**СЕКЦИЯ №26.  
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)**

**МОДЕРНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ  
В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Аносова Ю.А., Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю., Кочетов М.В., Авдеев А.В.**

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Амбулаторно-поликлиническая помощь — внебольничная медицинская помощь, оказываемая лицам, приходящим на прием к врачу, и на дому. Является наиболее массовой и общедоступной, имеет первостепенное значение для медпомощи населению. От качества оказания данного вида помощи зависит объем работы других медицинских организаций, а также многие показатели, характеризующие деятельность системы здравоохранения в целом. Задачами амбулаторно-поликлинической службы являются: накопление и анализ информации о состоянии здоровья обслуживаемого населения (заболеваемости, инвалидности, смертности); проведение широких профилактических мероприятий и работы по формированию здорового образа жизни; раннее выявление больных; проведение диспансерных мероприятий среди здоровых и больных; оказание квалифицированной, в т.ч. и специализированной, медицинской помощи; развитие ресурсосберегающих, в т.ч. стационарзамещающих, технологий [1, с.107].

До 80% обратившихся за медицинской помощью пациентов начинают и заканчивают свое лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе. При этом затраты на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в несколько раз уступают затратам на оказание стационарной помощи населению. В этой связи эффективность происходящих реформ здравоохранения связывают с тем, насколько рационально произойдет перераспределение видов объемов оказываемой медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап.

Амбулаторно-поликлиническая помощь урологическим больным является одной из самых массовых видов медицинского обслуживания населения. Урологические заболевания, поражая людей всех возрастных групп, являются причиной инвалидности значительного числа лиц. В 2008 году был проведен анализ медико-демографической ситуации в Воронежской области, который показал высокую заболеваемость урологическими заболеваниями, недостаточное их выявление, высокий процент экстренных госпитализаций, низкий процент диспансерного наблюдения и низкий уровень применения высокотехнологичных методов лечения. Отсутствие должного оснащения и квалифицированных специалистов приводит к неполному и некачественному обследованию пациентов, что влечет за собой развитие осложненных форм заболеваний. Урологический стационар загружается осложненными пациентами, поступающими по «скорой помощи» или выполняет функции диагностического кабинета. В итоге средства расходуются неэффективно в условиях имеющегося дефицита финансирования. Специфика работы врача-уролога и урологического кабинета на современном этапе развития требует внесения серьезных структурных и организационно-методических изменений в саму организацию амбулаторно-поликлинической урологической помощи.

В 2010 году ФГБУ НИИ Урологии совместно с Правительством Воронежской области разработал областную целевую программу «Урология», которая вошла в программу «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011-2015 годы» (далее Программа). Реализация Программы проходила на примере самого распространенного заболевания мужчин старшей возрастной группы – ДГПЖ (доброкачественная гиперплазия предстательной железы) [2, с.115]. Согласно Программе в отделении урологии №1 БУЗ ВО ВОКБ №1 оказывалась специализированная помощь урологическим больным (стационар третьего уровня).

Были внесены предложения по модернизации амбулаторно-поликлинической урологической службы ГО г. Воронеж, целями и задачами которой включали: улучшение качества медицинской помощи пациентам с урологическими заболеваниями, увеличение доступности урологической помощи, снижение затрат на лечение пациентов с урологической патологией на всех этапах, изменение направления потоков урологических больных в ведущие ЛПУ области, независимо от места проживания с учетом имеющихся материально-технических возможностей ЛПУ, перемещение основных объемов урологической помощи на амбулаторно-поликлинический этап, оптимизация и координация амбулаторной урологической помощи, оптимизация финансирования и материально-технического снабжения ЛПУ области в соответствии с выполняемыми задачами, профилактика урологических заболеваний на территории Воронежской области [3, с.16].

Основные этапы оказания поликлинической помощи урологическим пациентам:

1. Первый уровень - в территориальных поликлиниках и медсанчастях помощь оказывается по терапевтическому профилю.
2. Второй уровень - в городских поликлиниках консультативно-диагностической помощи, функционируют специализированные урологические кабинеты и отделения.
3. Третий уровень может быть представлен городскими центрами специализированной медпомощи, включающими поликлинический консультативный кабинет, стационарное отделение соответствующего профиля, а иногда и круглосуточную ургентную службу.

В конце декабря 2013 года открылся городской урологический центр, созданный на базе городской поликлиники №7, который вмещает организационно-методический кабинет, хирургическое отделение амбулаторной урологии и дневной стационар. В городской урологический центр направляются пациенты из всех поликлиник Воронежа – здесь они смогут получить консультацию и пройти углубленное обследование. Кроме того, специалисты центра имеют техническую возможность в он-лайн режиме консультироваться с коллегами из межрайонных урологических центров, областной клинической больницы, а также НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина.

Модернизация амбулаторно-поликлинической службы привела к следующим результатам:

1. сокращение количества доставленных скорой помощью урологических больных: в 2009 году скорой помощью доставлено 1089 больных, в 2010 – 587, в 2011 – 418, в 2012 – 404 пациента с урологической патологией.
2. снижение среднего койко-дня: в 2008 году – 12,4, в 2009 – 11,8, 2010 – 11,4, 2011 – 10,9, 2012 – 9,8 дня.
3. повышение выявляемости урологических заболеваний, в том числе, ДГПЖ: в 2008 году впервые выявлено 2866 больных ДГПЖ, в 2009 – 4990, 2010 – 5785, 2011 – 7855, 2012 – 9954 пациента.
4. повышение заболеваемости урологическими заболеваниями, в том числе, ДГПЖ (как следствие повышения выявляемости): в 2008 году заболеваемость ДГПЖ составила 16987, в 2009 – 19163, 2010 – 24693, 2011 – 30835, 2012 – 34523 пациента.
5. изменение структуры оперативных вмешательств по поводу ДГПЖ: увеличение малоинвазивных трансуретральных операций (трансуретральных резекций) с 185 в 2010 году, до 396 в 2011 году и до 564 в 2012 году. На этом фоне остались на высоком количественном уровне эпицистостомии: 2010 – 185 операций, 2011 – 237, 2012 – 315 эпицистостомий. Это свидетельствует о том, что, не смотря на повышение выявляемости пациентов с ДГПЖ, проведением малоинвазивных операций, растет число запущенных и осложненных форм данной нозологии. Причиной этому может служить недостаточная работа на первом этапе в территориальных поликлиниках и медсанчастях, где помощь оказывается по основным врачебным профилям.

Выводы. Модернизация амбулаторно-поликлинической урологической службы привела к росту выявляемости заболеваний ДГПЖ и увеличению доступности специализированной медицинской помощи. Нововведения не привели к сокращению коечного фонда и объемов стационарной медицинской помощи.

Наоборот, объемы амбулаторной и стационарной помощи выросли вследствие увеличения числа выявленных случаев заболеваний ДГПЖ.

Внедрение нового подхода обнажило довольно острую проблему российской системы здравоохранения: низкая эффективность первичного звена, необходимость возрастания нагрузки на это звено при решении задачи повышения эффективности специализированной медицинской помощи и неготовность участковых врачей к активному участию в таких структурных преобразованиях.

#### Список литературы

1. К вопросу об оказании паллиативной медицинской помощи на территории Воронежской области (на примере Верхнехавского района Воронежской области). Косолапов В.П., Чайкина Н.Н., Сыч Г.В., Васильева Г.В. В сборнике: Перспективы развития современной медицины. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2015. С. 106-112.
2. Формирование долгосрочной модели реструктуризации коечного фонда по профилю «Урология». Иванов В.М., Аносова Ю.А., Золотухин О.В., Кочетов М.В., Мадыкин Ю.Ю. Исследования и практика в медицине. 2015. Т. 2. № 3. С. 113-117.
3. Формирование долгосрочной модели реструктуризации коечного фонда по профилю «Урология» на примере Воронежской области. Образцова Е.Е., Иванов В.М., Золотухин О.В., Шадеркин И.А., Аносова Ю.А., Мадыкин Ю.Ю., Кочетов М.В. Экспериментальная и клиническая урология. 2015. №2. С. 14-19.

#### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ЧИСЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Гаджиева С.М.

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко,  
г. Москва.

В диагностике заболеваний и оказании медицинской помощи значительная роль отводится медицинским работникам вспомогательной лечебно-диагностической службы.

Нормативная численность этих должностей определяется соответствующими штатными нормативами. В последние годы рекомендуемые штатные нормативы приводятся в приказах о порядках оказания медицинской помощи, являясь составной их частью. Всего с 2009 г. было утверждено свыше 100 таких документов, часть из них пересмотрена, и к настоящему времени действует 67 приказов о порядках. Масса ошибочных положений, содержащихся в этих документах в части норм труда, и неоднократно отмечаемых в печати, определяет необходимость их отмены[1,2].

Нормативы должностей медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы при оказании амбулаторно-поликлинической помощи указываются в следующих приказах Минздравсоцразвития России:

- от 16.04.2012 № 366н "Порядок оказания педиатрической помощи";

- от 15.05.2012 № 543н "Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению".

Приказом №366н нормативное число должностей врачей клинической лабораторной диагностики, врачей по лечебной физкультуре, функциональной диагностики увеличено в 2 раза, врачей-рентгенологов и врачей-физиотерапевтов - в 4 раза. Вызывает большое сомнение предлагаемая приказом № 366н структура нормативного числа должностей врачей, проводящих диагностические исследования, в которой врач клинической лабораторной диагностики, врач-рентгенолог и врач функциональной диагностики составляют равные доли.

В приказе № 543н определены нормативы численности медицинских работников вспомогательной службы в рекомендуемых штатных нормативах поликлиники. При этом не указано, какая поликлиника имеется в виду. Однако учитывая, что нормы труда полностью соответствуют приказу Минздрава СССР от 11. 10. 1982, то можно предположить, что речь идет о городской поликлинике, расположенной в городах с населением свыше 25 тыс. человек. Следовательно, приведенные в приказе №543н нормативы не могут

быть использованы для медицинских работников вспомогательной службы областных, районных и участковых больниц при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Ни в одном из этих приказов не указана должность врача ультразвуковой диагностики. В тоже время совершенно очевидно, что широкое проведение ультразвуковых исследований значительно меняет и общий объем диагностики, и его структуру, и, следовательно, структуру должностей. Отсутствие этой должности в приказах Минздрава СССР объясняется тем, что в период утверждения этих документов должность врача ультразвуковой диагностики не была включена в номенклатуру должностей.

Иная ситуация сложилась в нормировании труда медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы при оказании больничной помощи.

В приказах о порядках приводится следующая формулировка норматива должностей врачей вспомогательной лечебно-диагностической службы при оказании больничной помощи:

- устанавливается в порядке и по нормам соответствующего структурного подразделения;
- устанавливается в порядке и по нормативам соответствующего структурного подразделения медицинской организации;

- 1 на аппарат в смену с учетом нормативов нагрузки.

Хотя в этих формулировках и отсутствует прямое указание на приказы Минздрава СССР, но ни в каких других документах нет нормативов по труду для этой группы медицинских работников при оказании больничной помощи. При этом в зависимости от задач каждого типа учреждения, его иерархии по роли и функциям в оказании медицинской помощи нормативы численности различны. Так, например, норматив должности врачей-рентгенологов устанавливался следующим образом:

- из расчета 1 должность на 150 коек ... (п.11 приказа № 560)
- из расчета 1 должность на 200 коек (п.9 приказа № 600)
- из расчета на 250 коек ... (п.11 приказа № 900).

Однако, недавно утвержденным приказом Минздрава России [3] указанные приказы Минздрава СССР признаны не действующими на территории Российской Федерации. Следовательно, при признании не действующими приказов Минздрава СССР № 560, 600 и 900 медицинские работники вспомогательной лечебно-диагностической службы больничных учреждений (подразделений) оказались без нормативов численности должностей.

В этих условиях определение численности медицинских работников вспомогательной службы в медицинских организациях проводится на основании фактического объема работы и расчетных норм времени на проведение исследований, манипуляций, процедур. Действующие расчетные нормы времени были утверждены более 20 лет тому назад, не соответствуют современной оснащенности учреждений здравоохранения оборудованием и требуют пересмотра.

Таким образом, проблемы штатной обеспеченности медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы требуют неотложного решения на федеральном уровне управления здравоохранения. Первоочередной задачей является разработка расчетных норм времени на диагностические исследования, проводимые на современном оборудовании. Наши рекомендации сводятся к тому, что до разработки соответствующих нормативов численности должностей целесообразно использовать приказы Минздрава СССР, в том числе и признанные недействующими.

### Список литературы

1. Шипова В. М. Штатное расписание медицинской организации/под редакцией акад. РАН Р.У. Хабриева– М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 192 с.
2. Шипова В.М., Берсенева Е.А. Нормирование труда в здравоохранении: проблемы и перспективы // Управление качеством в здравоохранении, 2015.-№ 2.-С.10-19.
3. Приказ Минздрава России от 16.10.2016 №708 « О признании не действующими на территории Российской Федерации приказов Министерства здравоохранения СССР и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 4 января 1988 №2 «О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР»

## К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Лапина Л.М.\*, Сердюковский С.М.\*\*

\* Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Минеральные Воды ОАО РЖД», г. Минеральные Воды, Россия

\*\*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко» Москва, Россия

## THE QUESTION OF PERFECTION OF THE INFORMATION SECURITY MANAGEMENT OF MEDICAL ORGANIZATIONS

Lapina L.M.\*, Serdyukovskiy S.M.\*\*

\*Non-state healthcare institution "Branch hospital at the station Mineral Waters to the Russian Railways",  
Mineral Waters, Russia

\*\*FEDERAL national Institute of public health N.A.Semashko"105064 Moscow, Russia

Резюме. В статье подчеркивается актуальность вопросов повышения качества и эффективности управления в здравоохранении на всех уровнях, а также необходимость улучшения информационного обеспечения системы управления деятельностью медицинских организаций. Целью работы явилась разработка методических основ управления качеством медицинской деятельности медицинской организации. При проведении исследования были применены: метод изучения и обобщения опыта, аналитический метод, метод сравнительного анализа, социологический метод, метод организационного эксперимента. Было доказано, что применение расширенного списка критериальных показателей и анализ их изменений позволили детализировать адресные управленческие решения, направленные на повышение качества медицинской деятельности и повышение степени удовлетворенности пациентов базовой медицинской организации.

Ключевые слова: управление деятельностью медицинской организации, инновационные технологии, информационное обеспечение, совершенствование системы показателей.

Abstract. The article stresses the urgency of improving the quality and efficiency of health care management at all levels, as well as the need to improve the information security management system of healthcare organizations. The aim of this work was to develop methodological bases of quality management of medical activities of medical organization. The study was applied: a method of studying and generalization of experience, analytical method, method of comparative analysis, a sociological method, the method of organizational experiment. It has been proven that the use of the expanded list of criteria indicators and analysis of their changes has allowed to detail the address management decisions aimed at improving the quality of medical practice and increasing patient satisfaction primary health organization. The article presents the analysis of the basic principles of modern health care development. Stresses the urgency of improving the quality and efficiency of health care management at all levels, as well as the need to improve the information security management system of healthcare organizations.

Key words: management of medical organizations, innovative technologies, information support, improvement of system performance.

Развитие здравоохранения в современных условиях базируется, прежде всего, на внедрении инновационных технологий, способствующих повышению доступности и качества медицинской помощи и достижению максимальной результативности.

Инновационная деятельность рассматривается как механизм реализации государственной политики в сфере повышения эффективности системы здравоохранения при использовании научного, технического, интеллектуального и кадрового потенциала[1].

Современные подходы и принципы планирования развития здравоохранения обуславливают необходимость повышения эффективности управления на всех уровнях [2,3].

Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» требует конкретизации мер реформирования с учетом, как общефедеральных установок, так и специфики каждого уровня.

Системный подход для определения адекватных задач различных институциональных единиц здравоохранения является основой для принятия адресных управленческих решений.

Заявленный на государственном уровне переход от модели «управления затратами» к «управлению результатами» в здравоохранении основан на применении новых научно обоснованных методов оценки эффективности и результативности оказания медицинской помощи, новых методов и инструментов управления.

Непосредственными исполнителями государственных гарантий для населения в сфере здравоохранения являются медицинские организации. Для решения текущих задач развития и совершенствования необходимо проведение объективной оценки результативности их деятельности, что, в свою очередь, требует комплексного, системного подхода, базирующегося на применении определенных критериев и показателей. Данный принцип заложен в основу учетно-аналитического обеспечения, необходимого также для разработки и принятия адекватных управленческих решений, направленных на улучшение организации деятельности медицинских организаций и повышение их эффективности.

Важнейшим принципом и необходимым условием повышения эффективности управления медицинской организации является проведение объективной оценки последствий принятых управленческих решений. В свою очередь, принятие адекватных управленческих решений в конкретной медицинской организации должно основываться на результатах анализа целого ряда показателей, характеризующих качество предоставляемой медицинской помощи, систему организации оказания медицинской помощи, ее доступность, своевременность, безопасность и другие критерии[4].

Переход от централизованно-плановой экономики к рыночной обусловил коренные изменения методов выработки и реализации экономической государственной политики. Это связано было, во-первых, с принципиально новой ролью государства в рыночной экономике, а, во-вторых, с тем, что новые методы реализации экономической политики проистекают из принципиально иных подходов к обеспечению макроэкономической сбалансированности в условиях рынка по сравнению с плановой экономикой. Сложившиеся механизмы планирования на программно-целевой основе требуют нового инструментария, что обуславливает необходимость разработки новых показателей (индикаторов), характеризующих различные стороны деятельности медицинских учреждений, их кадровые, материально-технические, информационные и другие ресурсы. [5].

Показатели, являясь способом измерения какого-либо явления или процесса, позволяют получить количественную характеристику различных критериев, отражающих качество медицинской помощи и качество организации оказания медицинской помощи, что, в совокупности, определяется как деятельность медицинской организации.

Следует отметить, что набор традиционно применяемых показателей, весьма, ограничен и не позволяет в полной мере оценить различные аспекты деятельности медицинской организации. В связи с этим вопрос разработки расширенного списка показателей для оценки деятельности медицинских организаций приобретает особую актуальность. Увеличение числа применяемых показателей позволит детализировать направленность управленческих решений и повысить, таким образом, качество управленческой деятельности в медицинских организациях.

Системный подход к объективной разноплановой оценке деятельности конкретной медицинской организации позволит разработать научно обоснованные концептуальные направления ее развития.

Востребованность методического и информационного обеспечения управления деятельностью медицинской организации и необходимость повышения его эффективности обусловили выбор темы специального исследования, целью которого явилась разработка методических основ управления качеством медицинской деятельности медицинской организации.

Базой исследования было выбрано Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Минеральные Воды ОАО РЖД», далее - НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД».

В целях осуществления эффективного управления в НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД» проводится мониторинг основных показателей ее деятельности. Традиционный перечень анализируемых показателей и их динамика за изучаемый период представлена в таблице 1.

Представленные данные свидетельствуют о том, что наиболее выраженной является проблема укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами и, соответственно, увеличение коэффициента совместительства у данной категории медицинского персонала. При этом большинство анализируемых показателей имеют положительную динамику.

Таблица 1.  
Динамика показателей деятельности НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД».

№	Перечень показателей	2013 год	2014 год	2015 год
1	Обеспеченность прикрепленного населения (на 10 000 населения): Врачами Средним медицинским персоналом Койками	40,82 110,58 103,4	41,7 114,00 105,6	39,62 115,14 105,6
2	Занятость штатных должностей врачей (в %)	94,5	92,2	94,1
3	Укомплектованность штатных должностей врачей физическими лицами (в %)	72,3	72,3	68,6
4	Занятость штатных должностей среднего медицинского персонала (в %)	98,8	97,4	98,8
5	Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала физическими лицами (в %)	83,7	84,5	85,2
6	Коэффициент совместительства врачей	1,31	1,28	1,37
7	Коэффициент совместительства средних медицинских работников	1,18	1,15	1,16
8	Заработная плата врачей (в руб.)	27930	35739	39311
9	Заработная плата среднего медицинского персонала (в руб.)	14059	16809	17854
10	Заработная плата младшего медицинского персонала (в руб.)	9055	10219	10581
11	Средняя длительность занятости койки в году по больнице	321,0	335,0	335,0
12	Оборот койки по больнице	35,4	38,0	39,3
13	Средняя длительность пребывания больного на койке по больнице	9,1	8,8	8,5
14	Простой койки по больнице в целом	0,12	0,08	0,08
15	Выполнение плана койко-дней по больнице в %	96,0	100,2	102,3
16	Объем медицинской помощи на одного прикрепленного жителя в год -стационарной помощи (число койко-дней) -амбулаторно-поликлинической помощи (число посещений) -стационарозамещающей помощи (число пациенто-дней)	3,3 9,9 0,26	3,5 9,4 0,26	3,5 8,6 0,28
17	Число больных, находящихся под диспансерным наблюдением.	4676	3780	3737
18	Больничная летальность в целом по больнице (в %)	0,21	0,14	0,18

Однако, для принятия адекватных управленческих решений в отношении рациональной перепрофилизации коечного фонда потребовался более детальный анализ деятельности всех специализированных отделений стационара (таблица 2).

Таблица 2.

## Деятельность коечного фонда НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД».

	2013 год	2014 год	2015 год
<b>Средняя длительность занятости койки в году</b>	<b>321,0</b>	<b>335,0</b>	<b>335,0</b>
-общетерапевтические	333,2	343,1	339,8
-кардиологические	339,3	338,0	343,0
-неврологические	352,8	373,8	366,1
-общехирургические	287,0	333,9	327,3
-урологические	329,8	345,6	408,2
-оториноларингологические	288,5	271,7	266,3
-гинекологические	286,1	283,8	290,1
<b>Оборот койки по больнице</b>	<b>35,4</b>	<b>38,0</b>	<b>39,3</b>
-общетерапевтические	30,7	30,6	33,6
-кардиологические	32,7	33,2	31,4
-неврологические	31,0	32,9	32,1
-общехирургические	38,4	45,0	45,0
-урологические	37,1	36,7	48,7
-оториноларингологические	61,4	59,0	72,3
-гинекологические	49,1	47,8	48,4
<b>Средняя длительность пребывания на койке -</b>	<b>9,1</b>	<b>8,8</b>	<b>8,5</b>
общетерапевтические	10,9	11,2	10,1
-кардиологические	10,4	10,2	10,9
-неврологические	11,4	11,4	11,4
-общехирургические	7,5	7,4	7,3
-урологические	8,9	9,4	8,4
-оториноларингологические	4,7	4,6	3,7
-гинекологические	5,8	5,9	6,0
<b>Простой койки по больнице в целом</b>	<b>0,12</b>	<b>0,08</b>	<b>0,08</b>
-общетерапевтические	0,10	0,07	0,08
-кардиологические	0,08	0,08	0,07
-неврологические	0,04	0,03	0,01
-общехирургические	0,23	0,07	0,08
-урологические	0,09	0,05	0,09
-оториноларингологические	0,12	0,16	0,14
-гинекологические	0,16	0,17	0,15
<b>Выполнение плана койко-дней в %</b>	<b>96,0</b>	<b>100,2</b>	<b>102,3</b>
-общетерапевтические койки	98,6	101,5	101,4
-кардиологические	98,4	98,0	103,3
-неврологические	102,8	109,0	109,0
-общехирургические	86,4	102,4	101,7
-урологические	99,9	104,7	123,7
-оториноларингологические	90,2	85,4	88,8
-гинекологические	91,1	90,4	93,0

Проведенный анализ динамики основных показателей деятельности НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД», а также показателей деятельности специализированных профильных отделений стационара круглосуточного пребывания позволил разработать и принять адекватные управленческие решения.

Так, за период с 2013 - 2015гг. в структуре НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД» произошли существенные изменения. В 2013 году, на основании регламентирующих приказов, 40 коек неврологического профиля в составе терапевтического отделения круглосуточного стационара больницы ликвидировано и создано самостоятельное неврологическое отделение мощностью 40 коек. Также 12 коек общехирургического профиля в составе хирургического отделения круглосуточного стационара перепрофилировано в 12 коек оториноларингологического профиля.

Кроме этого был создан врачебный здравпункт мощностью 20 посещений в смену, функционирующий в составе поликлинического отделения № 1, было создано консультативно-диагностическое отделение, а также было произведено перепрофилирование коек дневного стационара при поликлиническом отделении.

В 2015 году структура НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД» была дополнена двумя подразделениями: медсестринским медпунктом Минераловодского филиала ФГБОУ ВПО «Ростовский Государственный Университет Путей Сообщения» в городе Минеральные Воды, и фельдшерским здравпунктом Пассажирского вагонного депо Минеральные Воды (ЛВЧД-24).

Для детализации направленности управленческих рашений и повышения качества управленческой деятельности в НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД» был существенно расширен список анализируемых показателей, характеризующих деятельность медицинской организации.

В данный перечень были включены показатели, характеризующие ресурсное обеспечение и эффективность его использования (экономичность), показатели использования коечного фонда, в том числе всех специализированных отделений стационара, показатели, характеризующие доступность, своевременность, безопасность, результативность медицинской помощи, показатели, характеризующие ориентированность на пациента и его удовлетворенность, и показатели, характеризующие качество документооборота – всего 96 показателей.

Практическое применение расширенного списка критериальных показателей и анализ их изменений за 2015 – 2016гг. позволят разработать и принять дополнительные адресные управленческие решения, направленные на повышение качества медицинской деятельности и повышение степени удовлетворенности пациентов НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД».

При проведении указанного анализа, список критериальных показателей будет скорректирован – из его состава будут выведены показатели, которые не имели и, вероятно, не будут иметь числовых выражений, а также показатели, которые не имеют смыслового значения для разработки и принятия конкретных управленческих решений. Таким образом, для проведения дальнейшего мониторинга, в списке критериальных показателей будут оставлены наиболее информативные показатели, соответствующее воздействие на которые обеспечит эффективность управления качеством и безопасностью медицинской деятельности НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД».

Предлагаемые методические принципы осуществления мониторинга могут применяться в медицинских организациях различной подчиненности и разного иерархического уровня. Корректировка перечня анализируемых критериальных показателей может и должна проводиться периодически, с учетом текущих задач и возможностей медицинской организации.

### Список литературы

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» утверждена Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294. - Москва, 2014 г.
2. Одинцова В.В. Использование программно-целевого метода планирования управления при решении приоритетных задач здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 29 с.
3. Линденбратен А.Л., Гришина Н.К., Гриднев О.В. Принципы организации мониторинга основных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе оказания медицинской помощи // Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: Материалы международной научно-практической конференции – М., 2012. – С. 222-226.
4. Хальфин Р.А., Огнева Е.Ю., Мадьянова В.В. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня // Экономика здравоохранения. – М., 2010. - Вып. 11. -12(153). – С. 12-20.
5. Свистунова Е.Г., Проценко Е.С., Каспарова Э.А. Новые социально-экономические принципы регулирования в здравоохранении (обзор мировой практики) // Экономика здравоохранения. – 2011. - № 9-10. – С. 5-9.

## ЭРГОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ФОТОХРОНОМЕТРАЖ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧА-ОСТЕОПАТА

Мохов Д.Е., Юшманов И.Г.

Институт остеопатии Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, РФ

В своей работе врач-osteopat использует краниальные (воздействие на краниосакральную систему), висцеральные (воздействие на внутренние органы) и структуральные (воздействие на костно-мышечную систему) приемы. Выполнение этих техник производится руками врача с максимальными точностью и вниманием, а также с максимальной тактильной чувствительностью. Для работы остеопата характерна большая физическая нагрузка, сопровождающаяся статическим и динамическим напряжением позвоночника, а также верхних и нижних конечностей. Учитывая сложные анатомо-физиологические взаимоотношения различных отделов позвоночника с соответствующими группами мышц в разных рабочих позах во время работы, необходимо, принимая во внимание характер выполняемой работы, обеспечивать возможность свободного выбора позы, а также её произвольного изменения. Как правило, во время одной процедуры выполняются разнообразные мануальные приемы, поэтому у остеопатов имеет место равномерное распределение физической нагрузки в течение дня.

Как правило, работа осуществляется на столе с изменяющейся высотой. Его конструкция должна предусматривать возможность регулировки по высоте от 0,3 м до 1 м от уровня пола и располагать выдвигающимся подголовником. Благодаря этому достигается определенное снижение энергозатрат врача-osteопата. При работе, требующей значительных усилий, высота рабочей поверхности стола может быть от 0,4 м до 0,5 м, при выполнении более точных приемов – высота стола обычно от 0,5 до 0,7 м.

Наиболее ответственные, тонкие и точные работы выполняются на краниосакральной системе (манипуляции на голове и в области крестца) пациента, что осуществляется остеопатом в положении сидя «в изголовье» у пациента. Выполнение остеопатических техник на крестце производится врачом в положении сидя на уровне таза пациента, лицом к нему. При выполнении структуральных техник врач использует контакт своего тела с телом пациента, перенося свой центр тяжести так, чтобы добиться эффективной манипуляции в зоне воздействия. Этот процесс обеспечивается умелым использованием врачом массы своего тела, силы, нижних конечностей в качестве «посыла» движения и кистей рук – в качестве контроля точности выполнения приема. Выполнение висцеральных приемов производится в положении врача стоя, справа или слева от пациента, ориентируя свой центр тяжести над корригируемым органом.

Наиболее распространенными эргономическими недостатками в работе остеопата являются несоответствие высоты стола целям и задачам конкретной техники. Неумелое владение своим телом, избыточное количество техник, применяемых врачом-osteопатом в процессе одной процедуры, приводит к повышению энергозатрат врача и снижению эффективности лечения.

Специфика остеопатического приема сделала актуальным изучение распределения рабочего времени врача и соотношения временных затрат на основные элементы врачебной деятельности в ходе приема пациента [2, 3]. Были проведены хронометражные исследования по изучению затрат рабочего времени 5 врачей-osteопатов на амбулаторном приеме в течение 14 дней. Кроме изучения структуры затрат времени на выполнение различных видов работ и трудовых операций, определения фактической нагрузки врача на приеме, соотношения производительных и непроизводительных затрат рабочего времени, были изучены средние расходы времени на приеме пациентов, а также выявлены определенные резервы, использование которых будет способствовать оптимизации затрат рабочего времени, в частности увеличению фактических расходов времени на выполнение лечебно-диагностических мероприятий. При проведении хронометража заполнялась «Карта наблюдения работы врача-osteопата». Всего было заполнено 70 таких карт [1].

Таблица 1. Результаты проведения хронометража приема врачей-osteопатов

ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА	Первичный визит		Повторный визит	
	Среднее значение, мин.	Удел. вес, %	Сред. значение, мин.	Удел. вес, %
Беседа с пациентом, сбор анамнеза	8,3	16,4	1,7	4,5
Физикальный осмотр	5,2	10,2	2,3	6,1
Остеопатические манипуляции	26,1	51,5	27,8	73,5

Оформление документации	5,4	10,6	1,2	3,2
Разъяснения и рекомендации пациенту	4,6	9,1	3,0	7,9
Непроизводительные затраты времени	1,1	2,2	1,8	4,8
ИТОГО	50,7	100,0	37,8	100,0

Результаты хронометража приема (табл. 1) показали, что в среднем врач-osteопат принимает в час 1,2 больного в случае первичного и 1,6 – в случае повторного визита. Затраты на прием первичного пациента закономерно выше (в среднем – 50,7 мин.) по сравнению с повторным (37,8 мин.) за счет большего времени, уходящего на сбор анамнеза, физикальный осмотр и заполнение документации (в сумме эти элементы приема составляют соответственно 18,9 и 13,7 мин.). Наибольшая часть времени приема (51,5% для первичного и 73,5% для повторного визита пациента) уходит на собственно остеопатические манипуляции. По затрачиваемому времени эта часть приема практически одинакова в обоих случаях и очень близка для всех обследованных врачей (колебания между 25,1 и 30,2 мин.). Важно отметить, что как большие общие затраты времени на прием пациента, так и структура этих затрат не характерны для аллопатической медицины.

Проведенный хронометраж выявил также, что во время рабочего дня появляются временные не предусмотренные перерывы (отлучки врача из кабинета, посторонние разговоры, ожидание больного). Однако доля этих непроизводительных затрат времени невелика (не превышает 5%), так что в целом врачи-osteопаты работают с высокой эффективностью, возможно, даже чрезмерной. Ведь в связи с тем, что врач-osteопат выявляет нарушения микроподвижности тканей тела человека, ему требуется большая концентрация внимания. Поэтому после приема каждого пациента необходим перерыв на 5-10 минут.

Работа остеопата проводится в кабинете площадью не менее 12 кв.м. со стенами нейтральных цветов, с достаточным естественным и искусственным освещением и оптимальным температурным режимом, с подводкой горячей и холодной воды, эффективной естественной или искусственной вентиляцией. Температура в кабинете должна быть не ниже 20°C, относительная влажность – 55-60%, с двукратным в час воздухообменом. Приводя эти параметры, мы ориентируемся на рекомендации СНиП 2.08.02-89 «Общественные здания и сооружения», принимая как обоснованные нормы для смотровых, перевязочных, манипуляционных. Вероятно, необходимы дополнительные гигиенические исследования для обоснования параметров микроклимата именно кабинета для осуществления остеопатических процедур. То же самое касается и параметров искусственного освещения. В предварительном плане можно ориентироваться на нормы СанПиН 2.2.1/ 2.1.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий», согласно которому в помещениях ЛПУ, аналогичных рассматриваемых в настоящей статье, должно быть обеспечено освещение в пределах 300-500 люкс.

#### Список литературы

1. Мануальная медицина, остеопатия: история, современное состояние, перспективы развития / Д.Е. Мохов, Г.Л. Микиртичан, А.З. Лихтшангоф, С.С. Малков. – СПб.: Сотис-Мед, 2011. – 220 с.
2. Мохов Д.Е., Микиртичан Г.Л., Малков С.С. Современные проблемы остеопатической медицины в России // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2009. – №1 (25). – Ч.1. – С.144-145.
3. Чикуров Ю.В. Остеопатическое лечение внутренних органов. – М., 2001. – 144 с.

#### ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Усманова Р.М.**

Стерлитамакский филиал Башкирского государственного университета

Конституция РФ в ст. 41 закрепляет, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В РФ конституционное право на медицинскую помощь, является одним из ключевых элементов права на охрану здоровья.. Это вытекает и

из смысла ст.41 Конституции РФ, и закреплено в ст.2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3]. Из смысла норм международных актов вытекает, что медицинская помощь рассматривается как составная часть права на социальное обеспечение. Так, соотнесение названия Конвенция МОТ № 102 «О минимальных нормах социального обеспечения» (1952) с ее структурой, включающей Раздел II «Медицинская помощь», определенно показывает, что медицинская помощь воспринимается как элемент системы, вид социального обеспечения. Такое восприятие медицинской помощи вытекает и из ст. 25 Всеобщей декларации прав человека 1948 года, где записано: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам».

Что же касается именно право на медицинскую помощь, то его впервые закрепляет ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, где сказано, право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, включая создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни. Как показывает анализ других актов ООН, то в них право на медицинскую помощь чаще всего закреплено в статьях, посвященных социальному обеспечению. По этому поводу Т.К. Миронова пишет, что данное правомочие выступает в качестве всеобщего права (права каждого человека), дополняющего содержание права на социальное обеспечение. Кроме того, право на медицинскую помощь может рассматриваться и как специфическое право отдельных социально уязвимых групп населения, что также демонстрирует связь с социальным обеспечением [1, с. 111].

Однако, по смыслу законодательства РФ «право на медицинскую помощь», входит в состав «права на охрану здоровья». При этом первое состоит из ряда правовых возможностей, среди которых необходимо выделить право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с [программой](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [2, с. 23].

Во-первых, бесплатная медицинская помощь оказывается в государственных и *муниципальных учреждениях здравоохранения*. Об этом прямо указано в ч.1 ст. 41 Конституции РФ.

Во-вторых, Конституция РФ не гарантирует безусловную бесплатность медицинской помощи - речь идет о бесплатности лишь за счет и в пределах соответствующего источника финансирования.

В-третьих, медицинская помощь оказывается бесплатно в соответствии [программой](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Гарантируемый объем предоставляемой бесплатной медицинской помощи за счет средств соответствующего бюджета и обязательного медицинского страхования, устанавливается в соответствии с Программами государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Это закреплено в ч.2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Напомним, что Конституция РФ гарантирует получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях, в полном объеме определяемой программой.

Так в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной Постановлением Правительства от 19 декабря 2015 г. № 1382 установлены перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно. Тем не менее, несмотря на требование, установленное федеральными нормативно-правовыми актами, субъекты РФ все же нарушают его. Например, в Ивановской области прокуроры выявили, что в перечень групп населения, которые должны обеспечиваться бесплатными лекарствами, оказались не включены участники и инвалиды Великой Отечественной войны, инвалиды боевых действий на территориях других государств, Герои Советского Союза и Российской Федерации и иные категории граждан. А в Ставропольском крае, Калининградской, Московской, Томской областях и Москве онкобольные вообще оказались необеспеченными необходимыми лекарствами.

Программа устанавливает и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ. Однако, территориальные программы не выдерживают и этих показателей.

Так, и.о. прокурора Амурской области обратился в областной суд с административным иском с заявлением о признании недействующей в части Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Амурской области от 29.12.2015 №646». В нарушение требований федерального законодательства Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Амурской области, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования установлены в меньшем размере, чем определены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382. Аналогичная ситуация и в других субъектах РФ.

Федеральная программа устанавливает также средние нормативы объема медицинской помощи. Так, например, средние нормативы объема медицинской помощи для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов составляют - 0,092 койко-дня на 1 жителя. Однако в ряде субъектов нарушаются эти требования. Например, положениями Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации в Еврейской автономной области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной постановлением правительства Еврейской автономной области № 14-пп от 28.01.2015 территориальный норматив объема для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях составляет в размере 0,0183 койко-дня на 1 жителя. Это послужило поводом к обращению Прокуратура Еврейской автономной области в суд.

Федеральная программа также должна устанавливать такие обязательные положения, как сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; перечень лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно; отсутствуют целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи. Тем не менее, например Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Волгоградской области бесплатной медицинской помощи на 2009 год эти положения не установила, тем самым ущемила гарантированное статьей 41 Конституции Российской Федерации право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Также федеральная программа закрепляет право субъектов РФ формировать территориальные программы с учетом особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации; уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики; климатических и географических особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций.

Таким образом, в федеральной программе указано, что именно она определяет нормативы, предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на всей территории Российской Федерации бесплатно, и это свидетельствует о том, что базовые нормативы гарантированы населению Российской Федерации на всей территории.

#### **Список литературы**

1. Миронова Т.К. Международные стандарты оказания медицинской помощи в порядке социального обеспечения // Вопросы российского и международного права. 2016. № 4. С.110-112
2. Усманова Р.М., Шакиров Р.Р. Медицинское право / Учебное пособие для студентов всех форм обучения по специальности «030501 – Юриспруденция». Уфа, 2010 . 128 с.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ. 2011. № 48.Ст. 6724.

#### **СЕКЦИЯ №27.**

#### **ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)**

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА

**Кутуков В.В., Джанибекова Д.Э., Зайцев И.В., Чаркина Е.С.**

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России

Возникновение острых эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта у пациентов в послеоперационном периоде, в том числе при операциях на органах брюшинного пространства, является крайне неблагоприятным фактором, ухудшающим прогноз для жизни пациента. Острые эрозии и язвы в гастродуоденальной зоне выявляют уже в первые часы послеоперационного периода в 75% случаев [6]. Существуют группы риска - пациенты, которые наиболее подвержены возникновению послеоперационных осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта. К ним относят инфицированных *Helicobacter pylori*. В 2000 году С.И.Пиманов [5] подтверждает влияние хеликобактерной инфекции на развитие эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны и выделяет основные этапы воспалительной реакции в желудочном эпителии, что согласуется с данными многих исследователей [1,2,3,4,7].

Анализ литературы показал, что, несмотря на проведенные исследования по разработке схем профилактики эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта после оперативных вмешательств, не существует единой комплексной схемы, которая бы эффективно внедрялась и использовалась в здравоохранении, учитывая возможность применения парентеральных форм препаратов и обеспечивая короткий курс фармакотерапии.

Под нашим наблюдением в Астраханском областном онкологическом диспансере за период с 2010 по 2015 г находилось 194 пациента, перенесших хирургические вмешательства по поводу онкологических заболеваний органов брюшинного пространства. Возраст больных колебался от 25 до 75 лет. Из них мужчин – 107 (55,2%), женщин – 87 (44,8%). Наибольшее число пациентов (85 человек) находилось в возрастной группе 51-60 лет.

Критерием включения пациентов в исследование явилось наличие морфологически подтвержденного злокачественного новообразования почек, почечной лоханки и надпочечника. В исследование также включены пациенты с опухолью Вильямса. Критериями исключения явились: терминальная стадия заболевания, выраженная сердечно-легочная патология, декомпенсированный сахарный диабет и острая почечная недостаточность. Кроме того, из исследования исключены пациенты, длительное время (более 6 месяцев) страдающие язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки.

Из 194 хирургических вмешательств, выполненных исследуемым пациентам, 158 (81,4%) были радикальными, 36 (18,6%) – паллиативными. Все исследуемые пациенты разделены на 2 группы: основная (проспективная) – 103 человека и группа сравнения (ретроспективная) – 91 больной.

Все пациенты, включенные в исследование, дали согласие на обработку персональных данных и выполнение оперативных вмешательств. Кроме того, пациенты основной группы наблюдения (n=103) дали добровольное информированное согласие на участие в проводимом исследовании.

В обеих группах абсолютное большинство исследуемых пациентов находилось в возрастной категории 51-60 лет: в основной группе – 40,8%, в группе сравнения – 47,5%. При этом отмечалось некоторое преобладание лиц мужского пола – 58,2% и 51,6% соответственно. Наиболее частыми локализациями в обеих группах была почечная паренхима (89,3% в основной группе и 92,3% в группе сравнения). По распространенности опухолевого процесса отмечено преобладание пациентов со II стадией заболевания – 72,9% в основной группе и 62,6% в группе сравнения. В основной группе радикальные операции составили 85,4%, паллиативные - 14,6%; в группе сравнения радикальных операций было 78,0%, паллиативных - 22,0%. Таким образом, группы сопоставимы по возрастному-половому составу, локализации и распространенности патологии, а также объему перенесенных хирургических вмешательств. Объемы основной группы (n=91) и группы сравнения (n=103) сформированы сплошным способом сбора данных, включая в себя информацию об абсолютно всех пациентах с исследованными заболеваниями за изученный период в АООД, являющихся генеральной совокупностью, что обеспечило статистическую репрезентативность полученных результатов. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием компьютерной программы Microsoft Excel 2008, Biostat. Использовались

стандартные методы вариационной статистики с расчетом средних величин ( $M$ ), ошибки средней арифметической ( $m$ ). Производилось вычисление критерия Стьюдента ( $t$ ) с оценкой достоверности различий. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Всем исследуемым пациентам в предоперационном периоде на догоспитальном этапе проводилось эндоскопическое обследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ФГДС). В основной группе наблюдения ( $n=103$ ) при ФГДС осуществлялся забор материала для гистологического, цитологического исследования и исследования биоптата тест-полосками с целью выявления *Helicobacter pylori*. У пациентов группы сравнения ( $n=91$ ) инфицированность *Helicobacter pylori* не изучалась.

Из 194 исследованных пациентов с опухолевым поражением органов брюшинного пространства макроскопически никаких патологических изменений не было выявлено у 109 человек (56,2%). 85 больных (43,8% от общего числа обследованных лиц) имели патологические изменения. При этом в обеих группах отмечен одинаковый характер патологических изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

По завершении обследования пациентов основной группы на предмет инфицированности *Helicobacter pylori* мы получили следующие результаты: инфицированными признано 93 человека, что составило 90,3%, неинфицированными – 10 больных (9,7%)

Предоперационная подготовка начиналась с первого дня пребывания больного в стационаре. С учетом двух критериев – отсутствие инфицированности и эрозий или язв – никаких мер специфической профилактики острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов основной группы (10 человек) в предоперационном периоде не проводилось. Предоперационная подготовка этих пациентов совпадала с таковой у всех пациентов группы сравнения и определялась состоянием больных и результатами лабораторных исследований. Проводимые мероприятия не отличались от общепринятых в хирургической практике.

Предоперационная подготовка пациентов основной группы, инфицированных *Helicobacter pylori*, включала все мероприятия, проводимые пациентам группы сравнения и пациентам из числа основной группы, не инфицированным *Helicobacter pylori*. Существенным отличием являлось применение мер профилактики острых гастродуоденальных поражений в виде проведения специфической антихеликобактерной терапии и терапии, направленной на снижение кислотности желудочного сока. Пациенты основной группы, инфицированные *Helicobacter pylori*, получали профилактическое лечение в течение 3 суток до операции и 7 суток после операции по разработанной схеме (Омепразол 40 мг в сутки + Кларитромицин 1000 мг в сутки + Амоксициллин 2000 мг в сутки + Бактистатин 4 капсулы в сутки – исключая Бактистатин в 1-2 суток после операции). Курс профилактического лечения заканчивался на седьмой день после операции.

При сравнительном анализе течения раннего послеоперационного периода у пациентов основной группы ( $n=103$ ) и группы сравнения ( $n=91$ ) выявлено, что удельный вес случаев без ранних послеоперационных осложнений в основной группе (87,4%) был статистически достоверно выше такового (69,2%) в группе сравнения ( $t=4,1$ ).

При сравнении частоты развития острых послеоперационных эрозивно-язвенных осложнений у пациентов обеих групп выявлено, что при проведении специфической антихеликобактерной терапии с профилактической целью больным с опухолями брюшинного пространства (основная группа наблюдения,  $n=103$ ) острые эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта развились в 1,9% случаев (2 человека). При отсутствии дифференцированного подхода к профилактике острых эрозий и язв пищеварительного тракта (группа сравнения,  $n=91$ ) эти осложнения встретились у 11 пациентов, что составило 12,1%. Таким образом, проведение профилактической терапии в периоперационном периоде позволило снизить частоту развития острых повреждений верхних отделов пищеварительного тракта с 12,1% до 1,9% ( $p<0,01$ ).

Летальность в основной группе ( $n=103$ ) составила 0,95% (1 пациент), причиной смерти которого явилась полиорганная недостаточность вследствие распространенного ракового процесса.

В группе сравнения ( $n=91$ ) умерло 4 человека, общая летальность при этом составила 4,4%. Причинами смерти были раковая интоксикация и полиорганная недостаточность вследствие распространенного онкологического процесса (1 человек – 1,1%), послеоперационная пневмония (1 пациент – 1,1%) и кровотечение (в одном случае в сочетании с перфорацией) из острых язв желудка (2 человека – 2,2%). Уровень летальности в сравнительной группе был выше в 4,6 раза, чем в основной группе, различие не было статистически достоверным ( $t=1,1$ ).

Проведена оценка экономической эффективности предлагаемого способа профилактики острых эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта. Произведен расчет стоимости обследования, профилактического и основного лечения одного пациента основной группы и группы сравнения. Оценка экономических затрат производилась из расчета стоимости препаратов, лекарственных средств и медицинских манипуляций на февраль 2015 года.

Стоимость лечения пациента основной группы (n=103), не инфицированного *Helicobacter pylori*, складывается из стоимости стандартного лечения и стоимости обследования для выявления инфицированности *Helicobacter pylori* и составляет 73092 рубля. Совокупная стоимость обследования и лечения инфицированного *Helicobacter pylori* пациента основной группы с использованием предлагаемого метода - 75676 рублей. Средний послеоперационный койко-день у пациентов основной группы (n=103) с неосложненным течением раннего послеоперационного периода составил 13,6±0,3. В основной группе (n=103) было два случая (1,9%) эрозивно-язвенных осложнений, развившихся в раннем послеоперационном периоде. Оба пациента не были инфицированы *Helicobacter pylori* и у них не было эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, в связи с чем схема профилактики эрозивно-язвенных осложнений не применялась. У этих больных осложнения не были критическими, но послеоперационный койко-день увеличился и составил 14,5±0,5 (больные получили неполный семидневный курс лечения по разработанной схеме). Совокупная стоимость лечения пациентов основной группы с развитием эрозивно-язвенных осложнений в раннем послеоперационном периоде составила 77614 рублей.

Средний послеоперационный койко-день в группе сравнения (n=91) при отсутствии осложнений со стороны верхних отделов пищеварительного тракта составил 16,7±0,4. Стоимость лечения пациента группы сравнения при условии отсутствия эрозивно-язвенных осложнений - 78330 рублей. При возникновении острых эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта в раннем послеоперационном периоде и их осложненном течении средний послеоперационный койко-день в группе сравнения (n=91) составил 21,1±0,3, а лечение одного такого пациента обошлось в 116320 рублей.

Наглядно результаты экономических расчетов стоимости обследования и лечения пациентов двух групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Стоимость обследования и лечения пациентов обеих групп (n=194)**

Группа наблюдения	Без развития эрозивно-язвенных осложнений		С развитием эрозивно-язвенных осложнений
	Не инфицированные <i>Helicobacter pylori</i>	Инфицированные <i>Helicobacter pylori</i>	
<b>Основная группа (n=103)</b>	73092 руб 13,6±0,3 к/д	75676 руб 13,6±0,3 к/д	77614 руб 14,5±0,5 к/д
<b>Группа сравнения (n=91)</b>	78330 руб 16,7±0,4 к/д		116320 руб 21,1±0,3 к/д

На основании проведенных расчетов можно сделать определенное заключение. Лечение одного пациента основной группы (n=103) при неосложненном течении раннего послеоперационного периода и не инфицированного *Helicobacter pylori*, на 5238 рублей дешевле лечения пациента из группы сравнения (n=91) также при неосложненном течении раннего послеоперационного периода. При наличии инфицированности *Helicobacter pylori* эта разница уменьшается до 2654 рублей, но все равно остается существенной в пользу основной группы наблюдения (n=103). Даже при развитии острых эрозий в раннем послеоперационном периоде у двух больных (1,9%) из основной группы (n=103), потребовавших проведения специфической терапии, стоимость их лечения не превысила совокупной стоимости лечения пациентов группы сравнения (n=91) без эрозивно-язвенных осложнений. Подобный факт мы объясняем не только относительной дешевизной используемых препаратов, но и тем, что развившиеся осложнения не были критическими и не повлекли за собой значительного увеличения послеоперационного койко-дня.

Однако при развитии в раннем послеоперационном периоде острых язв и эрозий у пациентов группы сравнения (n=91) затраты на лечение одного больного на 40644 рубля выше, нежели использование предлагаемого способа профилактики при условии инфицированности *Helicobacter pylori*. У неинфицированных пациентов эта разница достигает 43228 рублей.

Применение предлагаемого способа профилактики острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта позволило не только снизить частоту данного осложнения и исключить его из числа летальных, но и сократить средний послеоперационный койко-день на 3,1 в случае отсутствия осложнений. Кроме того, данный метод профилактики острых повреждений верхних отделов пищеварительного тракта имеет несомненный экономический эффект. Целенаправленные расходы на предоперационное обследование для выявления *Helicobacter pylori*, на предоперационное обследование верхних отделов пищеварительного тракта и курс профилактического лечения приводит к снижению стоимости лечения, что подтверждается полной обратной корреляционной взаимосвязью ( $r_{xy} = -1$ ). Затратив на одного пациента от 2226 рублей (стоимость предоперационного обследования для выявления *Helicobacter pylori*) до 4810 рублей (стоимость предоперационного обследования и курса профилактического лечения), можно сэкономить от 40644 до 43228 рублей из расчета на одного больного.

#### Список литературы

1. Аруин, Л.И. *Helicobacter (Campilobacter) pylori* в этиологии и патогенезе гастрита и язвенной болезни / Л.И. Аруин // *Арх.пат.* - 1990. - №10. - С.3-9.
2. Бабаева, А.Р. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: современное состояние проблемы / А.Р. Бабаева, О.Н. Родионова // *Вестник Витебского государственного медицинского университета.* - 2006. - №2. - С.3.
3. Козлова, И.В. Прогностические факторы эффективности эрадикационной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / И.В. Козлова, Ю.Ю. Елисеев, А.Л. Пахомова, Х. Саджад Ахмад // *Клиническая медицина.* - 2005г. - Т. 83. - №7. - С.52-55.
4. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв / В.Г.Вальтер, В.Е.Кутуков, В.А.Зурнаджянц, В.В.Кутуков – Астрахань: Изд-во АГМА, 2000.- 121 с.
5. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь: руководство для врачей / Под ред. С.И. Пиманова – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – 83 с.
6. Gatta, L. Non-invasive techniques for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. / Gatta L. // *Clin. Microbiol. Infect.* – 2003. – Vol. 9. – P. 489-496.
7. Yaxley, J. *Helicobacter pylori* eradication – an update on the latest therapies. / Yaxley J., Chakravarty B. // *Australian Family Physician.* 2014 May. Vol. 43. N 5. P. 301–305.

#### РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ – КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**Шаврина Ю.А., Редькин А.Н., Ольшанский М.С., Ниникашвили Л.В.**

Воронежский областной клинический онкологический диспансер  
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко.

Актуальность проблемы лечения очаговых поражений печени связана с высоким уровнем заболеваемости, которая составляет для первичного рака печени в России — 3—5 человек на 100 тыс. населения, а метастатического — в 20—30 раз выше [1]. Метастазирование злокачественных опухолей в печень обнаруживается приблизительно у 1/3 от общего количества онкологических больных.

Единственным методом радикального лечения злокачественных опухолей печени, позволяющим добиться длительной выживаемости, остается резекция органа, но к сожалению резектабельность метастазов не превышает 15—20% [2], так как наиболее часто диагностируют множественное метастатическое поражение печени. При такой генерализации процесса показано проведение расширенных резекций печени, которые сопровождаются высокой частотой осложнений и летальности. Современные возможности системной химиотерапии позволяют увеличить медиану выживаемости, а также улучшить качество жизни пациентов, однако продолжительность жизни при неоперабельном поражении не превышает 20—30% при выживаемости 3—4 мес даже при использовании комбинаций нескольких препаратов [4]. Все это заставляет хирургов использовать новые виды малоинвазивного, органосохраняющего лечения больных с первичными

и вторичными образованиями в печени. В настоящее время наблюдается бурное развитие интервенционной радиологии и минимально инвазивной хирургии.

Эффективность рентгеноэндоваскулярной ХЭПА обусловлена особенностями кровоснабжения печени и опухолевого узла. Нормальная паренхима печени имеет двойное кровоснабжение: из воротной вены — 70% от общего объема крови, поступающей в печень и 30% - из печеночной артерии. Кровоснабжение опухолевых узлов в основном (до 95%) осуществляется из ветвей печеночной артерии [9]. Такая сосудистая структура позволяет селективно вводить высокие дозы химиопрепарата непосредственно в опухоль, предотвращая или уменьшая его воздействие на здоровые клетки печени [7]. Хороший результат процедуры достигается за счет следующих механизмов: селективного введения химиопрепаратов в область поражения, что значительно снижает их системное токсическое влияние; длительного сохранения высокой концентрации и, следовательно, более сильного воздействия лекарственного средства на опухоль за счет прекращения или значительного снижения вымывания препарата из опухоли; повреждения опухоли и развития ее ишемического некроза [3]. Химиопрепараты вводят с помощью веществ, которые обладают выраженной абсорбирующей способностью — их называют препараты-носители [9]. Широкое применение в клинической практике, как было уже сказано выше, получил липиодол, представляющий собой йодированный сложный эфир, получаемый из масла маковых зерен. Липиодол на длительное время абсорбирует препараты и затем медленно их выделяет, что позволяет доставлять лекарственные средства к опухолевому узлу в высокой концентрации и обеспечивать длительное воздействие непосредственно на пораженную область — так называемая масляная ХЭПА [10]. Масляный химиоэмболизат попадает как в опухолевую, так и в здоровую ткани печени. Нормальные артерии за счет своей перистальтики проталкивают суспензию в клетки, из которых она относительно быстро выводится макрофагами. Патологические опухолевые сосуды не имеют мышечной стенки, что приводит к длительной задержке в них химиоэмболизата [10]. Таким образом при однократном введении достигается эффект пролонгированной химиотерапии, поскольку цитостатик медленно диффундирует в опухоль. Для более полной редукции кровотока масляную эмболизацию дополняют механической, используя гемостатическую губку. Прекращение артериального кровотока после введения эмульсии липиодола с химиопрепаратом увеличивает время нахождения химиопрепарата в области поражения, а также вызывает некроз опухолевого узла [14].

Следующим этапом развития метода химиоэмболизации было открытие и внедрение в клиническую практику насыщаемых микросфер. В настоящее время известны два типа микросфер: насыщаемые непосредственно перед введением в артериальное русло — Hepasphere, так называемые пренасыщенные, т.е. обогащенные химиопрепаратом при их производстве — DC Bead [12]. Сверхабсорбирующие Hepasphere представляют собой биосовместимые, гидрофильные (абсорбирующие) нерезорбируемые микросферы, изготовленные из акрилового сополимера, обладают уникальным свойством впитывать жидкости в объемах, в 64 раза превышающих объем микросфер в сухом виде. Микросферы DC Bead изготавливают из полимерного гидрогеля, модифицированного добавлением сульфокислоты, что позволяет методом полимеризации получать сферические частицы различного размера, и насыщают химиопрепаратом доксорубицином непосредственно при производстве [5].

К настоящему времени очерчен круг заболеваний и состояний, при которых целесообразно применять ХЭПА: нерезектабельный гепатоцеллюлярный рак, холангиокарцинома, метастазы злокачественных опухолей, нейроэндокринных опухолей, [2]. Также ХЭПА в качестве дополнительной терапии может использоваться до и после радиочастотной абляции [6]. Показания к проведению химиоэмболизации: Неоперабельные первичные и вторичные опухоли печени. К противопоказаниям относятся : диссеминация опухолевого поражения; объем поражения печени более 70%; сердечная и почечная недостаточность, активная системная инфекция; энцефалопатия. [11]. Прослеживается тенденция к расширению показаний к вмешательству. С появлением новых гепатопротекторов химиоэмболизация начинает использоваться у пациентов с выраженной печеночной недостаточностью [8].

Осложнения вмешательства изучены достаточно хорошо и наблюдаются от 4–7 до 5–10% случаев [8]. Многие авторы разделяют осложнения на сосудистые и несосудистые [13]. К сосудистым осложнениям относятся: гематома в месте пункции артерии (1-2 %); псевдоаневризма; субинтимальное повреждение стенки печеночной артерии катетером или проводником. К несосудистым осложнениям относится постэмболизационный синдром: повышение температуры тела, боли в эпигастрии, тошнота, рвота. Лечебные мероприятия по снижению выраженности синдрома заключаются в гидротации организма за 1-2 часа до ХЭПА, назначение противорвотных, обезболивающих препаратов.

**Заключение.** Методы интервенционной радиологии все шире используются в лечении нерезектабельных злокачественных опухолей печени. Рентгеноэндоваскулярная химиоэмболизация артерий печени является вариантом выбора помощи больным неоперабельным раком печени и благодаря высокой эффективности и относительной безопасности позволяет достигнуть улучшения и стабилизацию процесса. Продолжительный эффект химиоэмболизации обусловлен высокой концентрации лекарственного вещества при его селективном введении, длительное нахождение химиопрепарата в очаге и индукция ишемического некроза опухоли.

#### Список литературы

1. Долгушин Б. И., Патютко Ю. И., Шолохов В. Н., Косырев В. Ю. Радиочастотная тер- моабляция опухолей печени/Под ред. М. И. Давыдова. М.: Практическая медицина 2007; 192.
2. Интервенционная радиология в онкологии. Пути развития и технологии: научно-практическое издание. Под ред. А.М. Гранова, М.И. Давыдова. СПб: Фолиант; 2007; 342 с.
3. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. М: Практическая медицина; 2005; 234 с.
4. Abdalla E.K., Adam R., Bilchik A.J., et al. Improving respectability of hepatic colorectal metastases: expert consensus statement. *Ann Surg Oncol* 2006; 13(10): 1271– 1280, <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-006-9045-5>.
5. Coldwell D.M., Stokes K.R., Yakes W.F. Embolotherapy: agents, clinical applications, and techniques. *RadioGraphics* 1994; 14(3): 623–643, <http://dx.doi.org/10.1148/radiographics.14.3.8066276>
6. Hur H., Ko Y.T., Min B.S., et al. Comparative study of resection and radiofrequency ablation in the treatment of solitary colorectal liver metastases. *Am J Surg* 2009; 197(6): 728–736, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2008.04.013>.
7. Konno T., Maeda H., Yokoyama I., et al. Use of a lipid lymphographic agent, lipiodol, as a carrier of high molecular weight antitumor agent, smancs, for hepatocellular carcinoma. *Gan To Kagaku Ryoho* 1982; 9(11): 2005–2015.
8. Kumar R., Hassan S.M., Zaigham A., et al. Thalamic and midbrain infarct during transarterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma. *J Pak Med Assoc* 2012; 62(3): 295–297.
9. Miyayama S., Matsui O., Taki K., et al. Extrahepatic blood supply to hepatocellular carcinoma: angiographic demonstration and transcatheter arterial chemoembolization. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2006; 29: 39–48, <http://dx.doi.org/10.1007/s00270-004-0287-y>
10. Nakamura H., Tanaka T., Hori S., et al. Transcatheter embolization of hepatocellular carcinoma: assessment of efficacy in cases of resection following embolization. *Radiology* 1983; 147(2): 401–405
11. Takayasu K., Shima Y., Muramatsu Y., et al. Hepatocellular carcinoma: treatment with intraarterial iodized oil with and without chemotherapeutic agents. *Radiology* 1987; 163(2): 345–351
12. Varela M., Real M.I., Burrel M., et al. Chemoembolization of hepatocellular carcinoma with drug eluting beads: efficacy and doxorubicin pharmacokinetics. *Journal of Hepatology* 2007; 46(3): 474–481, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2006.10.020>
13. Wang D.S., Louie J.D., Kothary N., et al. Prophylactic topically applied ice to prevent cutaneous complications of nontarget chemoembolization and radioembolization. *J Vasc Interv Radiol* 2013; 24(4): 596–600, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvir.2012.12.020>.
14. Wang Y., Zheng C., Liang B., et al. Hepatocellular necrosis, apoptosis, and proliferation after transcatheter arterial embolization or chemoembolization in a standardized rabbit model. *J Vasc Interv Radiol* 2011; 22(11): 1606–1612

#### **СЕКЦИЯ №28.**

#### **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)**

#### **СЕКЦИЯ №29.**

#### **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)**

**СЕКЦИЯ №30.  
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D И ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕПЕНИИ  
У ДЕТЕЙ**

**Иванова Р.Л., Ахметжанова Д.О.**

Государственный Медицинский Университет г. Семей, Республика Казахстан

Остеопения и остеопороз становятся актуальной проблемой в связи с их высокой распространённостью и внедрением в клиническую практику современных денситометров, позволяющих с высокой точностью, скоростью и безопасностью их диагностировать. Остеопороз приобретает характер «безмолвной эпидемии» и выходит по распространённости на четвёртое место в структуре неинфекционной заболеваемости [3, 9]. Сегодня в мире насчитывается около 250 миллионов человек, страдающих от остеопороза [2,6]. В России 32,5% населения старше 50 лет сталкиваются с этой проблемой [1]. В Беларуси ежегодно случается около 100 000 переломов, более половины из которых, связаны с остеопорозом [11]. Уже к 30 годам 10-11% женщин имеют остеопенический синдром, распространённость которого возрастает до 50% с наступлением у них менопаузы [15]. Столь значительные масштабы заболеваемости среди взрослого населения, вероятно, связаны с недостаточным вниманием к проблеме в детском возрасте. Не случайно, открывая более 30 лет назад Международный симпозиум по клиническим аспектам метаболических заболеваний костей, эндокринолог Ч. Дент назвал сенильный остеопороз педиатрическим заболеванием [12].

Одним из важнейших факторов регулирования гомеостаза кальция и фосфора в организме является витамин D, который определяет состояние костной ткани и профилактирует переломы. Известно, что нарушение формирования костной ткани происходит не в отдаленной (возрастной) перспективе, а в детском и подростковом возрасте и наиболее важными факторами, обеспечивающими данный процесс, является адекватное обеспечение организма витамином D и кальцием [2, 7, 10]. Географические особенности расположения большей части Казахстана в северных широтах приводит к формированию высокой степени риска развития у населения дефицита витамина D из-за недостаточной инсоляции в зимние месяцы. Экзогенного витамина D, содержащегося в пище, и эндогенного, образующегося под влиянием солнечных лучей, не всегда достаточно для удовлетворения дневной потребности человека в этом биологически активном веществе. В ряде работ отечественных авторов указывается, что частота рахита среди детей раннего возраста колеблется от 54 до 66%. Дефицит витамина D отмечается у 60% здоровых детей, летом – у 10%. Зимой у 32,5% здоровых детей регистрируется вторичный гиперпаратиреоз [3,4]. Подобная ситуация складывается и по дефициту потребления кальция [5, 6]. Если в детском возрасте дефицит витамина D приводит к развитию рахита, то результаты многочисленных научных исследований последних десятилетий указывают на роль дефицита витамина D у взрослых в формировании ряда патологических состояний, включая иммунологическую недостаточность, онкопатологию, сахарный диабет, артериальную гипертензию и другие кардиоваскулярные заболевания [12,8]. Аналогичные взаимосвязи у подростков и лиц молодого возраста находятся на начальных этапах изучения.

Вопросы коррекции остеопенических состояний у детей до настоящего времени остаются предметом оживлённых дискуссий среди ученых и практикующих врачей во всём мире. Не вызывает разногласий лишь ключевой вопрос профилактики и лечения – устранение или ослабление воздействия первичного фактора, вызвавшего остеопению и иных факторов риска, воздействующих на ребёнка [13]. Применительно к аллергической патологии это подразумевает установление полного контроля над заболеванием с применением наиболее эффективных и безопасных из современных методов лечения. Отправной точкой профилактической и лечебной программы при остеопорозе любого генеза является оптимизация питания и физической активности пациента, отказ от вредных привычек. Лишь при соблюдении этих условий возможно применение фармакологической коррекции.

**Целью исследования явилось** изучение распространенности дефицита витамина D и факторов риска остеопении у детей в г. Семей.

### **Материалы и методы исследования.**

В исследование включены 62 детей (20 мальчиков и 42 девочек) в возрасте от 3 до 16 лет. Средний возраст составил  $10,6 \pm 0,1$  года. Обследованные заполняли анкету, разработанную на основе «Национальной медико – экономическим протоколам Республики Казахстан», в которой учитывались возраст, предшествующие малоэнергетические переломы, наличие низкого ИМТ (менее 20 кг/м<sup>2</sup>) и/или низкой массы тела (менее 36-57 кг), наследственность (переломы у родственников первой линии родства при минимальной травме), системный прием глюкокортикоидов (более 3 мес. в дозе преднизолон 5 мг и выше), недостаточное потребление кальция, недостаточное потребление витамина D, наличие вторичных причин для развития остеопении (ревматоидный артрит, сахарный диабет 1-го типа, гипертиреоз), низкая физическая активность. Всем обследованным рассчитывали суточное потребления кальция (мг) и витамина D (в МЕ) с пищей. Для расчета суточного потребления кальция использовали формулу: сумма содержания кальция в употребляемых за сутки молочных продуктах (мг) и содержания кальция в других (немолочных) продуктах питания (как правило, 350 мг). Для расчета суточного потребления витамина D применяли таблицу его содержания в различных продуктах питания, на основании которой обследованный отмечал количество употребляемых продуктов, содержащих витамин D, в течение недели, затем рассчитывалось среднесуточное потребление витамина D [7]. У 35 обследованных, выбранных методом рандомизации, определяли содержание основного циркулирующего активного метаболита витамина D – 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) [15], кальция, фосфора, щелочной фосфотазы в сыворотке крови и состояние костной ткани методом денситометрии. Концентрацию кальция изучали унифицированным колориметрическим методом (с окрезолфталеин-комплексом), фосфора – молибдатным UV-методом. Содержание 25(OH)D определяли с применением иммуноферментного анализа с использованием тестсистем ЗАО «Био Хим Мак». Дефицит витамина D диагностировали при концентрации 0-20 нг\мл, недостаточность витамина D 21-29 нг\мл, оптимальный уровень обеспечения считался при концентрации витамина 30-75 нг\мл [13]. Денситометрия пяточной кости проводили на аппарате Sunlight 2000. Статистический анализ выполнен с применением программ Statistica 6.0 и MS Excel 2007 в среде Windows XP. Количественные данные представлены в виде средних значений (M) $\pm$ m. Различия считали статистически значимыми при вероятности ошибки (p) менее 0,05.

### **Результаты исследования и их обсуждение ров риска ОП.**

Из всех обследуемых не имел факторов риска 5 детей(8%). Низкая физическая активность- 40 (64,5%). Употребление Ca- 43 (69,3%). Употребление витамина D -30 (48,3%). Склонность к переломам 8 (13%)

Склонность к падениям 12(19,3%). Наличие эндокринных заболеваний 3 (4,8%). Наследственная предрасположенность 5(8%). Прием глюкокортикоидов 0%.

Из тестируемых факторов наиболее представлены были: низкая физическая активность и недостаточное употребление витамина D и Ca, причем все факторы являются модифицируемым обследуемых лиц. Средний показатель суточного потребления Ca  $682 \pm 12$  мг\сут значительно ниже рекомендуемых (800-1200 мг в сут.). Аналогичная ситуация и с потреблением витамина D. Так, сред составило  $193,7 \pm 16,2$  МЕ (рекомендуемые нормы более 400 МЕ 12,2%). Проведен анализ концентрации в сыворотке метаболита витамина D – 25-гидроксивитамина D обеспеченности витамином D в организме. У большинства обследуемых (93,6%) диагностировано недостаточность витамином D. Средние значения уровня кальция и фосфора соответствуют нормальному диапазону и составляют: кальция –  $2,25 \pm 0,02$  ммоль/л, фосфора –  $1,16 \pm 0,02$  ммоль/л. Гипокальциемия определена у 13% обследованных (избыток кальция не выявлен).

С целью выявления состояния костной ткани у обследуемых проведен анализ результатов денситометрии. Средний показатель Z-критерия составил  $0,67 \pm 0,15$ . Проведен корреляционный анализ изучаемых параметров с показателями Z-критерия. Выявлено, что показатель, отражающий состояние костной ткани у детей (Z-критерий), достоверно связан со следующими параметрами: наличием низкой массы тела ( $r = -0,34$ ,  $p = 0,04$ ), массой ( $r = +0,37$ ,  $p = 0,04$ ), ростом ( $r = +0,29$ ,  $p = 0,025$ ), суточным потреблением витамина D ( $r = +0,32$ ,  $p = 0,01$ ). Установлено, что у детей имеется высокая распространенность факторов риска переломов костей, ассоциирующихся с остеопенией. Наиболее частыми выявлены такие модифицируемые факторы риска, как низкая масса тела, низкая физическая активность и недостаточное употребление кальция и витамина D. Более 90% обследованных испытывают недостаток в питании продуктов, содержащих кальций, более 80% – продуктов, содержащих витамин D, причем каждый четвертый из них считает, что употребляет адекватное их количество. Исходя из полученных результатов

можно констатировать отсутствие информированности населения о формах первичной профилактики остеопении и других кальций-дефицитных заболеваний, о роли кальция и витамина D в организме. Наши результаты согласуются с данными литературы, так, в московской популяции только у 6% мальчиков подростков показатель потребления кальция соответствовал норме, девочек с нормальным потреблением кальция не было [5]. Дети 10-15 лет употребляют менее стакана молока или соответствующее количество молочных продуктов в день [6].

Известно, что для диагностики ОП более валидным методом является периферическая двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Данные корреляционного анализа продемонстрировали, что наиболее важными в профилактике ОП у лиц молодого возраста являются поддержание нормальной массы тела и адекватное потребление витамина D. Вышеизложенное должно привлечь внимание организаторов здравоохранения для разработки широкомасштабной программы по профилактике ОП и других кальций-дефицитных заболеваний на территории Республики Казахстан.

#### **Выводы:**

1. Выявлена высокая распространенность у детей факторов риска остеопении (97%), из которых наиболее представленными были: низкая масса тела, низкая физическая активность и недостаточное употребление кальция и витамина D.

2. Установлено, что большинство детей имеют недостаточное потребление продуктов, содержащих кальций (91,4%) и витамин D (87,8%).

3. Оптимальное содержание активного метаболита витамина D (25-гидрокси- витамин D) имеют 6,4% детей.

4. На состояние костной ткани у лиц молодого возраста влияют поддержание нормальной массы тела (не менее 20 кг/м<sup>2</sup>) и достаточное потребление витамина D.

#### **Список литературы**

1. Арсеньева Е.Н., Акоев Ю.С., Тюменцева Е.С. и др. Система ионизированных кальций-кальций регулирующие гормоны при соматических болезнях у детей // Рос. педиатр. журн. 2006. – № 4. – С. 60-63.
2. Баранова И.А., Гаджиев К.З., Торопцова Н.В. и др. Минеральная плотность костной ткани и факторы риска развития остеопороза у больных бронхиальной астмой // Терапевтический архив. – 2003. - №3. – С. 27-32.
3. Гресь Н.А., Тарасюк И.В., Тяпкина И.М. и др. Микроэлементозы человека: диагностика // Медицина. – 2006. - № 4. – С. 21-25.
4. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Чебуркин А.В. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей. Проблемы и решения: руководство для врачей. М., 2005. - 70 с.
5. Коровина Н.А., Творогова Т.М., Гаврюшова Л.П. и др. Остеопороз у детей: учебное пособие. М., 2005. – 50 с.
6. Крысь-Пугач А.П., Кинчая-Полищук Т.А. Остеопенический синдром и остеопороз у детей и подростков // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2000. - № 2. – С. 35–38.
7. Научно-практическая программа «Дефицит кальция и остеопенические состояния у детей: диагностика, лечение, профилактика». М., 2006. – 48 с.
8. Некрасова М.Р., Суплотова Л.А., Давыдова Л.И. Проблема остеопении в йододефицитном регионе // Клиническая медицина. – 2006. – Том 84. - № 1. – С. 62–65.
9. Сорока Н.Ф., Шепелькевич А.П., Забаровская З.В. Факторы риска и патогенез остеопороза // Здравоохранение. – 2007. - № 5. – С. 10–16.
10. Bachrach L.K. Assessing bone health in children: who to test and what does it mean // *Pediatr. Endocrinol. Rev.* – 2005. – N 2. – Suppl. 3. – P. 332–336.
11. Galvan Fernandez C., Oliva Hernandez C. et al. Inhaled corticosteroid therapy and bone metabolism in asthmatic children // *An. Pediatr. (Barc)*. – 2007. – Vol. 66, N 5. – P. 468–474.
12. Giampiero Igli Baroncelli, Bertelloni Silvano et al. Osteoporosis in children and adolescents: etiology and management // *Pediatric Drugs*. – 2005. – Vol. 7. – N 5. – P. 295–323.
13. Hidvegi E., Arato A., Cserhati E. et al. Slight decrease in bone mineralization in cow milk-sensitive children // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* – 2003. – Vol. 36, N 1. – P. 44–49.

14. Marcelli C. Osteoporosis in children and adolescents // Presse Med. – 2007. – Vol. 36, N 7-8. – P. 1078–1083.
15. Nishimura Y., Nakata H., Maeda H. et al. Bone mineral content in patients with bronchial asthma // Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi. – 1995. – Vol.33, N 3. – P. 300-305.

## АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Рупасова К. И., Варламова Т. В.

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

**Актуальность:** В настоящее время в большинстве стран мира наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости сахарным диабетом I типа (СД1) среди детей [1]. Данная ситуация актуальна и для Российской Федерации: отмечен рост заболеваемости СД I типа среди детского населения, ежегодно в среднем на 2,82% среди детей и 0,97% среди подростков [4]. Республика Карелия относится к регионам с высокой распространенностью заболевания: на начало 2016 г. в Республике Карелия зарегистрировано 146 детей от 0 до 14 лет (140,7 на 100 тыс. населения) и 67 подростков в возрасте 15-17 лет (389,5 на 100 тыс. населения) с СД I типа [2]. Оптимальная компенсация углеводного обмена является лучшей профилактикой развития осложнений и предотвращения инвалидизации в дальнейшем пациентов, заболевших в детском возрасте [1].

**Цель:** Проследить динамику показателей метаболического контроля детей с сахарным диабетом I типа в зависимости от стажа заболевания.

**Материалы и методы:** Проанализированы истории болезни 112 детей с СД1, находившихся на лечении в ГБУЗ "Детская республиканская больница" Республики Карелия в 2015-2016 гг., получающие базис-болюсную схему инсулинотерапии (аналоги ультракороткого действия и базального инсулина). Группы исследования: I - стаж заболевания СД I типа 6 мес.-2 года (31 чел., ср.возраст 12,19±3,43 лет), II - стаж от 2 лет до 5 лет (37 чел., ср.возраст 11,9±3,11 лет), III - со стажем более 5 лет (44 чел., ср.возраст 13,93±3,09 лет).

**Результаты:** Гликированный гемоглобин (HbA1C) составил в I группе 8,53±2,62%, во II группе 9,11±2,03%, в III - 10,3±2,56%. Статистически достоверная разница между группами выявлена при стаже СД1 более 5 лет. Компенсация заболевания (согласно целевым значениям показателей углеводного обмена по возрасту, ISPAD 2009 [1,3]) была достигнута у 38,7% детей из I группы, 29,7% во II группе, в III группе 11,36% (p<0,01). Частота декомпенсации заболевания (по критериям ISPAD 2009) в группах увеличивалась со стажем заболевания: 35,5% в I группе, во II группе 51,35% и 61,36% в III группе. Количество единиц инсулина на кг массы тела составило в I группе 0,69±0,19 ед/кг, во II группе 0,83±0,25 ед/кг, в III - 0,96±0,25 ед/кг. В возрастной группе 7-12 лет количество единиц инсулина - 0,77±0,22 ед/кг, в возрасте старше 12 лет 0,89±0,27 ед/кг. Доза инсулина в младшей возрастной группе не оценивалась из-за небольшого количества пациентов. Частота кетоацидозов составила в I группе 3,2%, во II группе - 13,5%, в III группе - 27%. У детей в возрасте 7-12 лет кетоацидоз в анамнезе был диагностирован у 6,5%, у пациентов старше 12 лет в 21,5% случаев. Кетоацидоз в дебюте заболевания не учитывался. Процент гипогликемий за весь период заболевания составил 6,19±0,74%. Из осложнений чаще всего диагностировалась периферическая диабетическая нейропатия в доклинической стадии по данным ЭНМГ, частота увеличивалась со стажем от 12,9% в I группе до 43,2% в III группе (p<0,01). Процент диабетической нефропатии повышался по мере увеличения стажа СД1 от 6,5% в I группе до 29,5% в III группе (p<0,05). Диабетическая ретинопатия не была диагностирована ни у одного ребенка.

**Выводы:** Частота компенсации СД1 у детей с увеличением стажа заболевания уменьшалась, наиболее значимо у детей со стажем более 5 лет (компенсация у 11,36% пациентов, HbA1C 10,3±2,56%). Потребность в инсулине возрастала с увеличением продолжительности заболевания и возрастом детей (0,96 ед/кг при стаже СД1 более 5 лет, 0,89 ед/кг в возрасте старше 12 лет). Частота кетоацидозов увеличивалась со стажем заболевания и возрастом ребенка (у 27% со стажем более 5 лет, у 21,5% старше 12 лет). Количество осложнений (диабетическая нефропатия и периферическая нейропатия) увеличивалось с продолжительностью заболевания (29,5% и 43,2% соответственно со стажем более 5 лет).

## Список литературы

1. Дедов И. И., Кураева Т. Л., Петеркова В. А. Сахарный диабет у детей и подростков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с.
2. Карапетян Т. А. Динамика эпидемиологических показателей заболеваемости сахарным диабетом 1 типа у детей в Республике Карелия / Карапетян Т. А., Доршакова Н. В., Варламова Т. В // Экология человека. - 2017.
3. Сахарный диабет у детей и подростков: консенсус ISPAD по клинической практике / под ред. В. А. Петерковой. - 2009. - 238 с.
4. Ширяева Т. Ю. Динамика основных эпидемиологических показателей сахарного диабета 1 типа у детей и подростков в Российской Федерации / Т. Ю. Ширяева, Е. А. Андрианова, Ю. И. Сунцов // Сахарный диабет. - 2013. - №3. - С. 21-29.

### СЕКЦИЯ №31.

#### ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)

### СЕКЦИЯ №32.

#### ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)

##### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕМЕНЦИИ И ДЕПРЕССИИ

**Ершова И.В.**

**Деменция** — приобретенное снижение умственных способностей. Диффузные или диссеминированные поражения мозга вызывают клинический синдром уменьшения интеллектуальных способностей. Этот термин предполагает наличие заболевания, которое отрицательно влияет на функцию нейронов мозга. Основными клиническими признаками деменции являются угнетение краткосрочной памяти и дезориентированность.

Причинами деменции считают многочисленные и весьма разнообразные заболевания. Несмотря на многообразие причин, клинические проявления деменции сходны. Деменция — это не диагноз заболевания, а синдром, который требует установления этиологической причины и разработки индивидуального плана лечения. Вопреки распространенному мнению, некоторые заболевания, сопровождающиеся деменцией, излечимы. При других заболеваниях удается с помощью лечения задержать патологический процесс и компенсировать клиническую и психическую симптоматику.

##### **Основные сведения**

У больных с отмеченным снижением умственной способности прежде всего следует предпринять поиск потенциально излечимых причин деменции. В некоторых случаях ранняя своевременная диагностика этих причин существенно улучшает прогноз. Несмотря на то, что многие хронические, прогрессирующие формы деменции неизлечимы, в некоторых случаях возможен хороший прогноз. Часто больным преклонного возраста с деменцией врачи не уделяют должного внимания. Их расценивают как «инкурабельных», «сенильных», «атеросклеротиков», которым помочь уже нельзя, и направляют в дома престарелых, где больные лишены высококачественного медицинского обслуживания. В этих условиях увеличивается заболеваемость и смертность. Данная ситуация приводит к тому, что потенциально диагностируемые и излечимые причины деменции остаются незамеченными.

Деменция чаще встречается у гериатрических больных (приблизительно 15%), хотя и не является непременным следствием старения. Увеличение среди населения числа людей пожилого и старческого возраста увеличивает вероятность обращения к врачу людей с нарушениями мышления. Приблизительно 12% населения составляют люди в возрасте 65 лет и старше. С 1900 по 1985 г. относительное количество лиц старше 65 лет утроилось, а абсолютное их количество увеличилось в 7—8 раз. Аналогичная тенденция, вероятно, сохранится и в будущем.

Деменция — основное психическое заболевание старческого возраста, не является нормой. У здоровых пожилых людей обычно не наблюдается существенного угнетения умственных способностей. Термином «доброкачественная старческая забывчивость» называют лишь незначительные нарушения памяти, которые часто встречаются у многих людей преклонного возраста. При деменции степень нарушения мышления несопоставима с нормой. Функциональные способности мозга сохранены при старческой забывчивости, но теряются при деменции.

Использование термина «сенильность» по отношению к деменции у стариков неправильно, поскольку маскирует патологию расплывчатым понятием возрастной нормы. Кроме того, этот термин предполагает необратимость состояния, которое в некоторых случаях излечимо. Деменция не является синонимом умственной отсталости, поскольку предполагает нормальное умственное развитие в период, предшествующий потери психических функций. Мы не используем также термин «органический мозговой синдром», поскольку он неспецифичен. Разделение деменции на «досенильную» и «сенильную» на основании возраста, в котором появились первые симптомы (до 65 лет и старше 65 лет), произвольно и бессмысленно с клинической точки зрения.

Увеличение количества населения преклонного и старческого возраста в современном обществе повышает интерес к гериатрии и болезням, сопровождающимся интеллектуальной дисфункцией. Имеется по крайней мере 50 установленных соматических, неврологических и психиатрических причин дементивных состояний (табл.). Наиболее распространенной причиной деменции являются болезнь Альцгеймера и состояния, напоминающие ее (например, депрессия, остаточные явления хронического алкоголизма, болезнь Пика). Кроме того, можно назвать множество других метаболических, травматических, опухолевых и инфекционных причин.

	Причины деменции потенциально излечимые при специфической терапии	Причины деменции, мало поддающиеся лечению
Метаболические	Гипотиреоз и другие эндокринопатии	Гипогликемия и (или) аноксия
	Болезнь Вильсона	
Травматические	Субдуральная гематома	Повреждение мозга
	Гидроцефалия с нормальным ликворным давлением	
Опухолевые	Внутричерепная опухоль, первичная или метастатическая	Мозговые осложнения системных опухолевых заболеваний
Дефицитные	Злокачественная анемия	Последствия синдрома Вернике—Корсакова
	Пеллагра	
	Абсцесс мозга	
	Третичный мозговой сифилис	Болезнь Крейтцфельда—Якоба
	Гидроцефалия с нормальным ликворным давлением	
	Менингит и энцефалит	Последствия менингита и энцефалита (например, герпетического энцефалита)
Подострый бактериальный эндокардит		
Сосудистые	Деменция на почве инфарктов мозга (множественные повторные нарушения мозгового кровообращения, например, на почве частых эмболии)	
Токсические	Хронический алкоголизм	

	Отравление солями тяжелых металлов	
Дегенеративные		Болезнь Альцгеймера, болезнь Пика
Врожденные		Болезнь Гентингтона

Такое разделение несколько искусственно, некоторые состояния могут одновременно уходить в обе группы.

Приблизительно у 15% больных, обследованных по поводу деменции, имеется заболевание, которое потенциально поддается коррекции при помощи патогенетической терапии. Таких заболеваний очень много: гипотиреоз, пернициозная анемия, эмоциональная депрессия, интоксикация, гидроцефалия с нормальным давлением ликвора, субдуральная гематома, внутримозговая опухоль, сосудистые заболевания и другие формы недостаточности функций органов (например, сердечная, легочная, почечная, печеночная недостаточность). Кроме того, у 74 больных с деменцией имеются состояния, частично поддающиеся медикаментозному лечению: сифилис, артериальная гипертензия (у больных, потенциально подверженных нарушениям мозгового (кровообращения) и алкоголизм. Таким образом, более чем у 1/3 больных с деменцией может быть использована патогенетическая терапия, даже если этих больных не удастся излечить полностью. Кроме того, у части больных, у которых болезнь нельзя ни излечить, ни приостановить, можно использовать симптоматическую терапию. Например, у больных с множественными нарушениями мозгового кровообращения можно использовать симптоматическую терапию после правильной коррекции диабета и артериальной гипертензии. Адекватная терапия, назначенная после правильно поставленного диагноза, может существенно улучшить качество жизни у данной категории больных.

После установления патогенеза заболевания врач должен тщательно обследовать больного, для того чтобы выяснить точную причину заболевания. Это возможно при сочетании тщательного сбора анамнеза и клинического обследования с применением самых современных лабораторных методов. Лечение деменции полностью зависит от правильности установления причины состояния и, следовательно, прямо связано с качеством диагностики.

#### **Анамнез деменции**

Несмотря на усовершенствование методов лечения и диагностики деменции, врачу приходится прилагать большие усилия при проведении дифференциальной диагностики деменции. Обобщенного диагноза просто деменции в настоящее время уже недостаточно. Необходимо тщательное обследование всех систем организма, направленное на выявление обратимых, корригируемых состояний, а также сопутствующих заболеваний. Удобно проводить обследование по стандартным дифференциально-диагностическим категориям: токсические, метаболические, опухолевые, инфекционные, воспалительные, сосудистые, травматические, дегенеративные и врожденные причины деменции.

Для уточнения диагноза требуется детальный сбор анамнеза. Обращают внимание на состояние сердечно-сосудистой системы, системы дыхания и неврологические симптомы. Уточняют время начала и течение заболевания. Следует регистрировать каждый из принимаемых пациентом лекарственных препаратов, включая самые банальные. Имеют значение сведения об употреблении алкоголя. Необходимы данные о привычном употреблении других веществ и препаратов, о депрессии, метаболических заболеваниях. Больного расспрашивают о диете и возможных аллергических реакциях. Удобно использовать для получения полной информации об анамнезе и состоянии систем и органов стандартные формы опросников. Ключ к диагнозу может дать семейный анамнез.

На основании правильно собранного подробного анамнеза достаточно часто можно предположить правильный диагноз. Например, болезнь Альцгеймера характеризуется медленным постепенным прогрессированием на протяжении многих лет. При деменции, связанной с инфарктами мозга, наоборот, течение ступенеобразное, часто сочетающееся с сопутствующими заболеваниями: диабетом, артериальной гипертензией, гиперлипидемией, заболеваниями сердца, ожирением, а также курением. Наличие в анамнезе алкоголизма может помочь диагностировать заболевания мозга, вызванные алкоголем. Подозрение на наличие гидроцефалии с нормальным давлением спинномозговой жидкости (СМЖ) может возникнуть, например, если ухудшение психического состояния возникло после черепно-мозговой травмы или менингита.

При сборе анамнеза оценивают как внутричерепные процессы, типа объемных образований (опухоль, гематома, абсцесс, гумма), а также экстракраниальные процессы, которые могут оказывать влияние на функцию мозга, например последствия злокачественных новообразований или эндокринопатии. Следует прицельно собирать сведения о специфических неврологических симптомах: недержании мочи, судорогах, асимметрических неврологических симптомах и мышечной слабости. Следует помнить о системных заболеваниях типа уремии или, что встречается реже, состоянии после гемодиализа, саркоидозе, болезни Вильсона. Всегда можно обнаружить сопутствующие заболевания, даже не являющиеся причиной деменции, лечение которых может улучшить общее состояние здоровья. Такие заболевания (например, перелом шейки бедра) и хронические стрессы (например, перенесенное горе) могут усугублять симптомы деменции (табл.). Лечение сопутствующих заболеваний, например коррекция анемии, может существенно уменьшить дисфункцию мозга.

#### **Состояния, усугубляющие клиническую симптоматику деменции**

Злоупотребление лекарственными препаратами, алкоголем, наркотиками и синдромы их отмены

Полипрагмазия, особенно взаимодействие лекарств

Дегидратация, анемия и лихорадка

Пневмония и другие инфекции

Аритмии вызывающие нарушения гемодинамики

Печеночная, дыхательная, почечная и сердечная недостаточность

#### **Социальный анамнез.**

Необходимо оценить личностные факторы и окружение больного, а также качество помощи, повседневно оказываемой больному его семьей или общественными организациями. Знать обстоятельства жизни больного, безусловно, полезно при планировании системы реабилитации. Медикаментозное лечение всегда более эффективно, если оно планируется с учетом социальных факторов. При необходимости больному назначают также дополнительную немедикаментозную терапию. Нужно убедиться в том, это у больного имеются адекватные условия жизни, питания, медицинского обслуживания, а также благоприятная обстановка в семье. Кроме того, проводят работу с семьей больного по разъяснению характера заболевания и обучению методам ухода и реабилитации.

#### **Физикальное обследование**

Необходимо подробное физикальное исследование. Особое внимание обращают на сердечно-сосудистую, дыхательную, неврологическую симптоматику, а также на возможную патологию в области шеи. Клиническое исследование проводится обычными методами, кроме того, для исследования систем, представляющих особый интерес, применяются дополнительные методы обследования (например аускультация зоны сонной артерии). Проводится оценка функций зрения и слуха. Всем больным нужно проводить ректальное исследование, женщинам — влагалищное. Всегда необходимо делать мазок по Пап и анализ кала на скрытую кровь.

Обязательно полное неврологическое обследование. При поверхностном исследовании функции только черепных нервов и глубоких сухожильных рефлексов многое можно оставить незамеченным. Подробное неврологическое обследование часто обнаруживает признаки диффузной дисфункции мозга. В частности, следует проверять сосательный, хоботковый, ладонный и все виды лицевых рефлексов. Эти рефлексы иногда называют симптомами «лобной патологии», их часто обнаруживают при расстройствах функции лобных долей мозга. Лобные рефлексы возникают вследствие патологической активизации атавистических примитивных рефлексов. На их основании нельзя поставить диагноз и их отсутствие не позволяет исключить у больного деменцию.

При очаговых поражениях: мозга и в далеко зашедших случаях деменции выражена патологическая неврологическая симптоматика.

Сосательный рефлекс вызывается при прикосновении к передней поверхности губ. Хоботковый рефлекс вызывается постукиванием по щеке вблизи губ. Движения губ при этом являются признаком патологического рефлекса. Эти симптомы наблюдаются при заболеваниях лобных долей мозга, а также при двусторонних кортико-бульбарных поражениях. Хватательный рефлекс вызывается постукиванием рукой по ладони больного. Положительный рефлекс — хватательное движение, ладони больного. Ладонно-щечный рефлекс вызывается постукиванием по ладони больного каким-либо предметом, например ключом. При положительном рефлексе возникает подергивание мышц щеки на одноименной стороне. Нарушения аккомодации выявляются постукиванием по переносице. При этом больной с деменцией не может

направить взгляд на исследователя. Появление описанных рефлексов с какой-либо одной стороны указывает на поражение мозга с противоположной стороны.

Аналогичную роль играют сухожильные рефлексы и состояние мышц. При постукивании по нижней челюсти при частично открытом рте, может возникнуть подергивание височной мышцы, что свидетельствует о двустороннем поражении мозга. Причиной деменции могут быть очаговые повреждения мозга, однако чаще это состояние вызывается диффузной энцефалопатией.

При деменции можно обнаружить и другие неврологические симптомы, например паратонию или сгибательное положение туловища. Некоторые заболевания, вызывающие деменцию, сопровождаются более грубой неврологической симптоматикой. Примером является миоклонус при болезни Крейтцфельда — Якоба. Оценка осанки и походки помогает поставить диагноз нарушения мозгового кровообращения, заболевания задних столбов спинного мозга и др. Частые осторожные шажки характерны для заболеваний передних лобных долей мозга. Необходимо регистрировать нарушения движения (например, ригидность или хорею), нарушения речи (например, персеверацию или афазию) и нарушения восприятия. Особое внимание обращают на нарушения кортикальных аспектов чувствительности, например графестезию, стереогнозис, дискриминационную чувствительность. Эти симптомы могут указывать на патологию теменных долей мозга и сопровождаться диспраксией и перепутыванием правой и левой стороны. Детали тонкой неврологической диагностики обсуждаются в специальной литературе.

#### **Исследование интеллекта**

При деменции наблюдается ряд характерных изменений интеллекта и личности. Обследование выявляет дезориентированность и нарушение краткосрочной памяти. Нередко встречаются негативность, неспособность справиться с быстро происходящими изменениями обстановки, психозы и нарушения поведения.

**Ориентированность** оценивается по правильному узнаванию лиц, места и времени. У больных с деменцией дезориентированность во времени можно не заметить у больного, если прицельно не выяснять ее. Дезориентированность по отношению к лицам и собственной личности отмечается при деменции редко, а дезориентированность в пространстве встречается и при умеренных, и при тяжелых энцефалопатиях.

Наиболее чувствительным признаком деменции является расстройство краткосрочной памяти. Нарушения краткосрочной памяти следует отличать от немедленного запоминания и долгосрочной памяти, которые не поражаются в существенной степени: при деменции. Немедленным запоминанием называют способность больного сразу же воспроизвести заново полученную информацию. Краткосрочной памятью называют способность больного воспроизвести новую информацию через короткий интервал после ее получения. Долгосрочной памятью называют способность воспроизвести давние воспоминания и события, которые происходили до развития заболевания. Для оценки краткосрочной памяти существует несколько методов. Например, можно попросить больного запомнить три не связанные друг с другом слова и через небольшой интервал времени воспроизвести их, или же можно спросить больного о событиях, которые произошли незадолго до обследования и которые можно легко проверить («Скажите, в каком месте приемной Вы сидели, когда ждали беседы с врачом?»). Систематическое проведение подобных исследований создает у врача довольно надежную шкалу возрастной и образовательной нормы.

**Изменения личности** включают раздражительность, импульсивность, подозрительность, изменчивость настроения, потерю социальных связей с развитием безразличия, невежливости и пренебрежения к себе.

Деменции свойственна апатия со снижением; интереса к окружающей обстановке, утратой мотивации и жизненных сил. Нередко больные могут высказывать бредовые идеи, преимущественно с элементами преследования или величия, а также проявлять другие психотические симптомы, например зрительные галлюцинации. У больных с деменцией может появляться агрессивность, драчливость, нетипичные для преморбидного состояния.

#### **Диагностический подход**

При дифференциальной диагностике деменции важно прежде всего оценить, является ли симптоматика функциональной или органической. Нарушения памяти, внимания, сосредоточения могут проявляться как при функциональных, так и при органических заболеваниях, причем и те и другие могут сосуществовать у одного больного или накладываться друг на друга. Причиной ошибочного диагноза отчасти является мнение, что все нарушения памяти у пожилых людей являются проявлениями деменции. На самом деле у многих больных может иметь место депрессия или же другие психические расстройства.

Если у больного предполагается функциональный характер деменции, после стандартного обследования необходимо провести подробное психиатрическое исследование.

### **Псевдодеменция**

Функциональные заболевания с клинической картиной, напоминающей деменцию, называют псевдодеменцией. Наиболее часто псевдодеменцией проявляется депрессия, которая часто напоминает дементивные заболевания. Чаще всего ошибки возникают при обследовании гериатрических больных. У них часто встречается депрессия, сопровождающаяся унылостью, беспомощностью, суицидальными идеями, бессонницей и уменьшением массы тела. В этих случаях поставить диагноз бывает весьма трудно. При дифференцировании депрессии и деменции могут помочь типичные сочетания депрессивных симптомов, например нарушения сна и аппетита.

Отличить органические заболевания мозга можно на основании данных анамнеза. При псевдодеменции типичны предшествовавшие эмоциональные расстройства, а для истинной деменции характерно отсутствие психической патологии в анамнезе и наличие предрасполагающих к деменции соматических заболеваний. К сожалению, имеются тенденции считать, что у пожилых людей дисфункция психики в основном вызвана органической причиной. Энцефалопатию также иногда путают с депрессией. Дифференциальную диагностику затрудняют случаи сочетания деменции и депрессивных заболеваний. К сожалению, это встречается достаточно часто.

Так как депрессия напоминает деменцию, а деменцию иногда принимают за депрессию, был разработан довольно простой дифференциально-диагностический прием: «Если пожилой больной жалуется на уныние, подумай о деменции, однако если он жалуется на нарушения памяти — депрессию можно отвергнуть». Таким образом, довольно часто основная жалоба больного не соответствует имеющемуся у него на самом деле диагнозу.

Больных с органической патологией мозга нарушения памяти обычно беспокоят гораздо меньше и спокойнее переносятся. Кроме того, больные с деменцией могут скрывать психические дефекты. Они часто сознают, что их интеллектуальные способности постоянно ухудшаются, в связи с чем предъявляют жалобы, характерные для депрессии. В случае, если больной деменцией не осознает или недооценивает нарушения интеллекта, он меньше говорит о них в своих жалобах. У больных с органической патологией мозга нарушения мышления и интеллектуальной функции могут быть значительными, тем не менее эти больные мало говорят о них.

### **Дифференциально-диагностические критерии деменции и депрессии**

Органическая деменция	Депрессивная псевдодеменция
Нарушения интеллекта предшествуют депрессии, если последняя имеет место	Депрессия - предшествует нарушениям интеллекта
Обычно в анамнезе имеется соматическая патология, лежащая в основе деменции	Обычно в анамнезе имеется соматическая патология, лежащая в основе деменции
Жалобы скорее на уныние, чем на плохую память	Часто жалобы на плохую память в уныние
Больной не способен сообщить анамнез	Больной очень подробно рассказывает о развитии заболевания
Часто неправильные ответы на вопросы	Возможен отказ от ответа на вопросы
Больной скрывает или преуменьшает	Больной преувеличивает имеющиеся проблемы
Больной мало переживает интеллектуальный спад	Больной встревожен нарушениями психики
Больной очень старается при выполнении простых заданий	Больной легко отказывается от выполнения заданий
Ухудшение по ночам	Ухудшение утром
Самооценка более или менее сохранена	Самооценка снижена
Нормальный аппетит	Снижение аппетита
Сон варьирует от нормального до беспокойства	Обычно раннее пробуждение
Отрицательный результат пробы с подавлением дексаметазоном (уровень кортизола понижается — норма)	Часто положительный результат пробы с подавлением дексаметазоном (уровень кортизола не понижается — патология)

Они обычно неспособны дать врачу адекватный анамнез своего заболевания. Несмотря на дисфункцию интеллекта, больные с органической деменцией стараются активно выполнить предлагаемые им задания. Они с большим напряжением выполняют тесты, которые раньше не представляли для них сложности.

С другой стороны, депрессивные больные склонны к пессимизму и жалобам. Они жалуются на плохую память и другие нарушения психики. Вследствие дисфории и тревоги депрессивные больные не всегда обращают внимание на окружающую обстановку и очень часто подробно рассказывают о своих интеллектуальных дефектах, даже если их нет. Для депрессивных больных с псевдодеменцией характерно, что, несмотря на многословные жалобы на нарушения памяти, они достаточно подробно рассказывают историю своего заболевания. Такие больные раздражаются при выполнении интеллектуальных заданий и подчеркивают свою неспособность выполнить их, хотя на самом деле они не предпринимают больших усилий. На вопросы они часто отвечают предложениями типа: «Я не знаю». Дифференцировать депрессию от деменции следует как можно раньше, еще до углубленной диагностики или начала лечения. Депрессия среди заболеваний, вызывающих нарушения памяти, является одним из наиболее легко диагностируемых и излечимых состояний; даже у пожилых больных возможен хороший прогноз.

#### **Проба с подавлением дексаметазоном**

Обнаружено, что проба с подавлением дексаметазоном (ППД), которая была разработана для оценки активности гипоталамогипофизарно-адреналовой системы, эффективна как объективный физиологический критерий при диагностике депрессии. Она может применяться как в трудных случаях дифференциальной диагностики, так и при диагностике возможной псевдодеменции. Если диагноз деменции не вызывает сомнения, проводить ППД нецелесообразно, но если на основании данных анамнеза не удастся отличить деменцию от возможной псевдодеменции, желательно эту пробу провести.

Проба проводится путем введения экзогенного глюкокортикоида дексаметазона с последующей (через 1 день) регистрацией уровня эндогенного кортизола. В норме введение гормонов извне угнетает функцию надпочечников и снижает уровень кортизола путем воздействия на механизм гипофизарной обратной связи. Однако при депрессии обычно введение дексаметазона не в состоянии подавить секрецию эндогенного кортизола. У многих больных с депрессией имеется гиперсекреция кортизола, что обнаруживается при проведении ППД.

Существует несколько вариантов проведения пробы. Предлагаем один из них: в 23.00 больному внутрь дают 1 мг дексаметазона, на следующий день определяют уровень кортизола в плазме в 8.00, в 16.00 и в 23.00. Первое и последнее измерение не включают в анализ, но проводить их следует для увеличения точности анализа.

В норме уровень кортизола после введения дексаметазона составляет менее 5 мкг/100 мл. Это — отрицательный результат, указывающий на то, что продукция стероидов угнетается. Патологический, положительный, результат наблюдается в случаях, когда уровень кортизола превышает 5 мкг/100 мл. Разумеется, патологический результат пробы ППД наблюдается при болезни или синдроме Кушинга, но этот диагноз можно отвергнуть предварительно на основании клинического и лабораторного обследования больного. Депрессивные больные с положительной пробой, как правило, хорошо реагируют на лечение антидепрессантами. У пожилых больных целесообразно проводить эту пробу.

Ложноположительные результаты пробы встречаются редко. Получение положительного результата пробы достаточно надежно и может быть диагностическим критерием депрессии. Зато ложноотрицательные результаты пробы встречаются часто. Поэтому отрицательный результат никогда не может быть поводом для того, чтобы отвергнуть диагноз депрессии. У одного из трех депрессивных больных регистрируется отрицательный результат ППД. Супрессия уровня кортизола говорит об отсутствии эндокринных заболеваний, но может расцениваться как ложноотрицательный результат при оценке депрессии.

Ложноположительный результат встречается при болезни Кушинга, синдроме Кушинга, алиментарном истощении, беременности; состояниях, сопровождающихся повышением активности печеночных ферментов, некорригированном сахарном диабете, лихорадке, острых синдромах отмены, системных заболеваниях, травмах, дегидратации и, возможно, других состояниях. Ложноположительные результаты могут быть вызваны введением лекарственных препаратов. Лечение высокими дозами эстрогенов внутрь обесценивает результаты пробы, однако (Применение противозачаточных препаратов или заместительная терапия эстрогенами не является противопоказанием для диагностического применения пробы. Ложноотрицательные результаты ППД встречаются при болезни Аддисона, гипопитуитаризме, а

также при лечении кортикостероидами. Результаты пробы бывают недостоверны при других эндокринопатиях, при лечении производными спиронолактона или бензодиазепина.

### **Психологическое тестирование**

В трудных случаях, когда невозможно подтвердить функциональную или органическую этиологию деменции, следует провести психологическое тестирование. Обычно такие пробы проводит специалист по клинической психологии. Существующие методики весьма эффективны при дифференцировании псевдодеменции и органической патологии. Кроме того, они помогают выявить многие потенциальные функциональные заболевания. Психологические пробы можно проводить в любой момент обследования и лечения больного, особенно если возникают сомнения в диагнозе. Повторные психологические тесты являются объективным критерием при оценке течения заболевания и состояния компенсации интеллектуальных возможностей.

**Депрессия** – психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой самого себя, своего будущего и часто прошлого, сопровождающееся искажением мыслительных процессов, двигательным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями.

В современной классификации (МКБ-10) основное значение придается вариантам течения депрессии: единственный депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство (смена депрессивных и маниакальных фаз), циклотимия, дистимия, а также степени их выраженности – легкая, умеренная, тяжелая депрессии. Центральное место в систематике занимает категория «депрессивный эпизод».

### **Диагностические критерии депрессивного эпизода**

*Основные симптомы:*

1. снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;
2. отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
3. снижение энергии и повышенная утомляемость.

*Дополнительные симптомы:*

1. сниженная работоспособность к сосредоточению внимания;
2. снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;
3. идеи виновности и самоуничтожения (даже при легких депрессиях);
4. мрачное и пессимистическое видение будущего;
5. идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;
6. нарушенный сон;
7. нарушенный аппетит.

Необходимо отметить, что депрессия на настоящий момент остается наиболее часто встречающимся психическим расстройством, которое требует адекватной медикаментозной терапии. Крайне широкая распространенность депрессий приводит, с одной стороны, к недооценке роли ее развития в клинической картине различных заболеваний, в том числе и деменции, с другой – к гипердиагностике депрессий и неадекватному назначению антидепрессантов.

### **Дифференциальный диагноз**

Диагностика типичного депрессивного состояния у пожилых пациентов в большинстве случаев не представляет больших трудностей. В жалобах больных обычно доминируют общая подавленность, мрачные размышления, чувство тревоги, физический упадок, расстройства сна, вегетативные нарушения в виде диффузных патологических ощущений или мучительных расстройств функций отдельных органов. При наблюдении пациента отмечаются малая выразительность мимики, отсутствие живости, облик, отражающий бессилие и усталость, монотонно-приглушенный голос и тревожное беспокойство.

Между тем клиницисты нередко недооценивают тот факт, что депрессия может быть «зашторена» соматическими жалобами. Такие больные фиксируют внимание на соматических проявлениях депрессивного синдрома – утрате аппетита, запорах, потере массы тела, утомляемости, головных болях, болях в спине и других частях тела и т. п. При этом они могут отрицать или резко преуменьшать степень выраженности собственно аффективных нарушений. Такое поведение пациентов D. Goldberg и B. Blackwill (1970) обозначили как «сокрытие психической патологии». В этих случаях при диагностике депрессий

приходится ориентироваться на уже отмеченные особенности психомоторики и свойственные депрессии изменения физиологических функций.

Вместе с тем при диагностике поздних депрессий возникают трудности, характерные для геронтологии, неврологии и психиатрии пожилого человека в целом. К их числу относятся сложность разграничения депрессии, являющейся синдромом психического заболевания, от депрессий, представляющих собой соразмерный ответ на неблагоприятные жизненные события, сопутствующие старению (утрата близких людей, социальная неустроенность и др.); трудности, связанные с дифференцировкой соматических проявлений депрессии от собственно соматической патологии; необходимость решения вопроса о первичности депрессии или ее вторичности по отношению к биологическим и психологическим последствиям хронического соматического заболевания; учет «недифференцированности» психопатологических симптомов в глубокой старости при разграничении симптомов депрессии от проявлений начинающейся деменции.

В тех случаях, когда затруднена дифференциация депрессии и начинающейся деменции, установлению диагноза помогают психопатологический анализ особенностей начала болезни и ее развития, ретроспективная оценка анамнеза больного, а также данные нейропсихологического обследования, установление неврологических проявлений заболевания. Особенно большую помощь оказывает в этом случае и обследование больного с помощью компьютерной томографии.

Важно отметить целый ряд проблем, которые делают актуальной дифференциальную диагностику деменции и депрессии. Необходимость подобной диагностики нередко игнорируется клиницистами, когда они сталкиваются с более молодыми пациентами, у которых проведение дифференциальной диагностики этих двух состояний не представляется сложным, а зачастую в ней просто нет необходимости. В то же время у пожилых больных нарушения памяти и процессов мышления сопровождают депрессию, а нередко являются ее ведущими симптомами.

Именно этим обусловлена терминология, определяющая депрессивные расстройства у пожилых пациентов, – «псевдодеменция», «связанная с депрессией когнитивная дисфункция». А преобладание подобной симптоматики у пожилых больных с депрессией нередко определяет все лечебные мероприятия, направленные на лечение деменции.

Кроме этого, необходимо отметить, что у больных с деменцией в 30-50% встречаются различные симптомы, которые можно расценивать как «депрессивные» даже при отсутствии минимально значимой депрессии – нарушение сна, заторможенность, которую принимают за аналогию замедления моторной реакции, темпа мышления, колебания настроения, которые принимаются за дистимии.

При сравнении депрессии и болезни Альцгеймера выявляется, что оба заболевания обычно дебютируют после 60 лет, чаще исподволь, хотя течение депрессии может быть и подострым. Аффективный статус у больных крайне сходен, хотя течение болезни несколько различается – у больных с депрессией чаще наблюдается флуктуация симптоматики, в то время как при болезни Альцгеймера отмечается прогрессирующее ухудшение. При этом необходимо отметить, что у больных с сосудистой деменцией так же может наблюдаться флуктуация симптоматики, хотя менее выраженная, чем у больных с депрессией. И больные с ранними формами деменции, и больные с депрессивными расстройствами в пожилом возрасте отмечают нарушения памяти значительно более осознанные, чем у больных с деменцией. Нарушение цикла сон/бодрствование встречается при обоих расстройствах, однако у больных с депрессией значительно чаще. Наличие или отсутствие нарушения речи, праксиса и письма может служить одним из дифференциальных диагностических примеров, поскольку у больных депрессией они встречаются крайне редко даже при тяжелой депрессии, а у больных с деменцией обычно отмечаются при средней и тяжелой стадиях депрессии.

При тестировании памяти обычно у больных с депрессией получают данные, которые превосходят субъективную оценку, а у больных с деменцией тестирование памяти показывает результаты, которые хуже субъективной оценки пациента.

Несмотря на то что при дифференциальной диагностике данных состояний терапия *ex juvantibus* недопустима, необходимо помнить, что улучшение состояния, в том числе и когнитивных функций, свидетельствует в пользу депрессивного расстройства.

При проведении дифференциальной диагностики депрессии и деменции у пожилых больных необходимо помнить о высокой частоте коморбидности этих расстройств.

При сравнении деменции и депрессии выявлено: течение заболевания и особенности поведения больных несколько различны у пожилых больных с депрессией и деменцией, однако эти различия характерны только для деменций и депрессий в начале заболевания и без коморбидности одной патологии с

другой. Учет представленных клинических различий позволяет проводить дифференциальную диагностику деменций и депрессий у пожилых больных и облегчает выбор адекватных психодиагностических методик с учетом данных клинического, неврологического и психиатрического обследования.

#### **Псевдодеменция в геронтологии<sup>1</sup>**

Необходимо отметить, что актуальность дифференциальной диагностики деменции и депрессии характерна, в первую очередь, для геронтологической клинической практики, когда на первый план выходят симптомы нарушения социального функционирования. Не случайно выраженные депрессивные расстройства у пожилых больных принято считать «псевдодеменцией», выделять «связанную с депрессией когнитивную дисфункцию» и т.п. В то же время своевременная дифференциальная диагностика этих двух чрезвычайно часто встречающихся в пожилом возрасте расстройств позволяет определить терапевтические подходы.

Под «псевдодеменцией» в психиатрии традиционно понимают нарушения, обусловленные функциональными психиатрическими расстройствами (депрессия, шизофрения, истерия), которые по своим проявлениям напоминают деменцию. Наибольшее значение среди причин псевдодеменции имеет депрессия («депрессивная псевдодеменция», «когнитивные нарушения при депрессии»), которая у пожилых людей нередко протекает атипично. Для депрессии характерны снижение настроения, аппетита, потеря массы тела, нарушения сна (бессонница или гиперсомния), психомоторное возбуждение или заторможенность, утомляемость, наличие суицидальных мыслей. Проявлениями депрессии у пожилых могут быть хронические болевые синдромы или злоупотребление алкоголем. Поскольку большинство этих симптомов не специфичны для депрессии, при оценке состояния пациента может понадобиться консультация психиатра. Следует отметить, что псевдодеменция нередко начинается внезапно, симптоматика быстро прогрессирует, может быть указание на наличие психиатрической патологии в прошлом, пациенты предъявляют много жалоб на свою память, при тестировании нередко ответы типа «я не знаю». При нейропсихологическом исследовании у больных с депрессией выявляются нарушения, преимущественно связанные с расстройствами внимания, скоростью психомоторных процессов, анализом деталей. Мнестические нарушения затрагивают как недавние, так и отдаленные события, могут отмечаться существенные различия по результатам выполнения заданий практически одинаковой сложности. В отличие от пациентов с деменцией при псевдодеменции нарушения памяти преимущественно обусловлены нарушением мотивации при сохранности называния предметов, способности к счету или тестам на апраксию. Однако следует учитывать и то, что депрессия может быть одним из первых проявлений развивающейся деменции, в связи с чем термин «псевдодеменция» вызывает определенные возражения. Депрессия отмечается в основном на ранних стадиях заболеваний, приводящих к деменции; по мере прогрессирования процесса, сопровождающегося усугублением когнитивных функций, депрессия встречается значительно реже.

Некоторые авторы считают, что констатация депрессивной псевдодеменции оставляет широкое поле для диагностических сомнений и не позволяет надежно и полностью исключить атрофический процесс. Длительное наблюдение за пациентами с псевдодеменцией показало, что лишь у небольшой части из них в последующем развивается собственно деменция. В то же время есть данные о 50% риске развития деменции в течение нескольких последующих лет у пожилых больных с депрессией. Результаты катамнестического наблюдения показали, что состояние почти половины больных (43%) с явлениями депрессивной псевдодеменции в последующие 2-3 года, несмотря на обратное развитие аффективных и интеллектуально-мнестических расстройств по прошествии депрессивной фазы, завершается стойкой деменцией. В аспекте ретроспективной оценки такие состояния правильнее определять не как «депрессивную псевдодеменцию», а как «депессию с явлениями обратимой деменции».

#### **Коморбидность депрессии и деменции: суммация или взаимоусиление?**

Не следует забывать и о часто встречающейся коморбидности депрессии и деменции. Сосуществование у больного деменции (в частности, при болезни Альцгеймера или при сосудистой деменции) и депрессивного расстройства является актуальной клинической проблемой. Отмечается двунаправленное неблагоприятное взаимовлияние на биологическом и поведенческом уровнях, ухудшающее прогноз болезни. В частности, наличие депрессии у больного с болезнью Альцгеймера является одним из четырех важнейших предикторов необходимой госпитализации. Рост летальности при коморбидности депрессий и соматических заболеваний с деменцией в ряде работ связывают с наличием общих механизмов патогенеза, обуславливающих возможность «суммации» двух патологических процессов. Так, у больных депрессией были выявлены изменения иммунной регуляции и

нейротрансмиттерного баланса, возникновение которых при деменции может самым неблагоприятным образом повлиять на течение заболевания. Имеются сообщения об увеличении концентрации в крови у депрессивных больных адренкортикотропного гормона (АКТГ), бета-эндорфинов, бета-липотропина, что, в свою очередь, связано с появлением дефектных субпопуляций лимфоцитов. Указывается, что у лиц, страдающих депрессией, нарушен синтез простагландинов E1 и E2, соучаствующих в процессах воспаления. У депрессивных больных выявлены и признаки повышения «холинергического тонуса», ассоциирующиеся с разнообразными изменениями вегетативной регуляции органов и систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной и т.д.). Чувство телесного неблагополучия усугубляется за счет свойственных депрессии соматовегетативных нарушений: астении со снижением физической активности, алгий и других соматизированных и конверсионных симптомов (снижение массы тела, нарушения сна, головокружение, тремор, тахикардия, боли в грудной клетке, диспноэ, диспептические явления: горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм). Таким образом из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что психические симптомы депрессии (замедление мышления, адинамия) могут усугублять имеющийся когнитивный дефицит.

### **Снова о коморбидности**

Необходимо отметить, что развитие депрессивного расстройства у пожилого больного, особенно без наличия того или иного «пускового» социального фактора, может быть предиктором или фактором риска развития в дальнейшем когнитивных нарушений. Особенно это относится к больным, у которых депрессивное расстройство имеет нетипичную клиническую картину с клиникой «псевдодеменции», и к больным, имеющим, помимо депрессивного расстройства, клинически значимый неврологический дефицит. По мнению авторов, эта категория больных нуждается в более тщательном контроле когнитивных функций после успешной терапии депрессивного эпизода или депрессивного расстройства и более раннем назначении препаратов, которые препятствуют развитию деменции при обнаружении нарастания когнитивного дефицита.

Врачу-клиницисту следует также учитывать особенности протекания депрессии у больных с болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией. Депрессия представляет собой наиболее частое состояние, сопутствующее болезни Альцгеймера и сосудистой деменции; в целом психическое расстройство при уровне распространенности 30-50% проявляется в виде большой и малой депрессии. Депрессия при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции может принимать облик большой и малой форм патологии, наблюдаемых при первичных депрессивных расстройствах. В то же время существует общее мнение, что депрессия при деменции отличается меньшей тяжестью в сравнении с наблюдаемой у лиц без деменции и что при болезни Альцгеймера меньший процент больных соответствует по своему состоянию диагностическим критериям большой депрессии. Депрессия при деменции часто проявляется атипично, что объясняет несоответствие стандартным диагностическим критериям для расстройств настроения. К примеру, у больного может не быть необходимых пяти симптомов или эти симптомы не проявляются «на протяжении большей части дня, почти ежедневно». Нередко диагностику затрудняет неспособность пациентов с деменцией выразить вербально симптомы нарушения настроения (например, чувства грусти, безнадежности или суицидальные мысли), поскольку это требует относительно ненарушенного состояния высших когнитивных функций, способности припомнить недавние события и абстрактно мыслить. Кроме того, при деменциях проявляются разнообразные соматовегетативные симптомы, непосредственно обусловленные основным соматическим и неврологическим расстройством, такие как апатия, утомление, нарушения сна и аппетита, лабильность настроения, приступы плача, которые могут также иметь место и у больных с деменцией без явлений депрессии.

Апатия представляет собой особо проблемный симптом, поскольку может беспокоить как депрессивных, так и не страдающих депрессией пациентов с деменцией. Апатия регистрировалась почти у трети пациентов с деменцией, и только 40% из них, как оказалось, страдали депрессией. Апатия характеризуется отсутствием мотивации, слабым интересом к деятельности и социальной отчужденностью. Необходимо тщательное обследование в отношении симптомов «настроения» (грусть, плач, чувства безнадежности и беспомощности) в целях различия апатических состояний, связанных с депрессивными расстройствами.

Течение депрессии при деменции – тема весьма активно обсуждаемых противоречий. Некоторые исследователи указывают на рост частоты случаев депрессии по мере ухудшения когнитивного статуса. Однако другие авторы не находят такой зависимости, а третьи утверждают, что располагают данными об обратной зависимости тяжести депрессии и когнитивного снижения. Таким образом, вопросы естественного

течения депрессии при прогрессирующей деменции еще ожидают своего разрешения. Очевидно, что гетерогенность депрессивной симптоматики при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции нередко может препятствовать своевременной диагностике депрессии.

#### **Общность фундаментальных механизмов**

Необходимо отметить, что, помимо социальных и нозогенных причин коморбидности деменции и депрессии, между двумя этими патологическими состояниями существуют тесные патогенетические взаимосвязи на биохимическом уровне. Некоторые этиопатогенетические механизмы депрессии при деменции представлены ниже. Депрессия при деменции может быть результатом психогенного воздействия, отягощенная наследственность по депрессии тоже является фактором риска, однако эти факторы значимы и для популяции в целом. В настоящее время проводятся исследования, направленные на выявление возможных общих патогенетических звеньев депрессии и деменции, так как уже известно, что вероятность развития деменции у пожилых людей достоверно выше среди лиц, страдающих депрессией, а наличие депрессии у людей с умеренными когнитивными нарушениями прогностически значимо в отношении вероятности развития болезни Альцгеймера. В частности, изучается роль гена аполиipoproteина E и гена-переносчика серотонина. Биохимические и морфологические нарушения в связи с дементным процессом включают нарушения моноаминергической нейромедиации, нейроанатомические аномалии и воспалительные нарушения. Некоторые из них, в частности дегенерация моноаминергических ядер, задействованных в секреции моноаминов норадреналина, серотонина и дофамина (голубое пятно, черная субстанция и область шва), атрофия гиппокампа, наличие участков гиперинтенсивности белого вещества в лобных долях, высвобождение цитровоспалительных цитокинов активированной микроглией, являясь общими для деменции и депрессии, могут быть элементами патогенеза депрессии при деменции, независимыми от сосудистого фактора.

Теоретической предпосылкой гипотезы о роли дегенерации моноаминергических ядер в патогенезе депрессии при деменции является доказанное в качестве ведущего патогенетического механизма депрессии снижение серотонинергической, норадренергической, допаминергической и ГАМК-ергической функций (что стало основанием для разработки и внедрения антидепрессивной медикаментозной терапии). Результаты нескольких исследований подтверждают феномен дегенерации пигментных клеток голубого пятна (у больных с депрессией и деменцией эти изменения более выражены, чем у больных с деменцией без депрессии). Интересно, что была найдена достоверно меньшая численность серотонинергических нейронов в дорсальном ядре шва при болезни Альцгеймера по сравнению с группой контроля и пожилыми больными с депрессией, без отличий у больных с болезнью Альцгеймера в зависимости от наличия или отсутствия депрессии. Видимо, в патогенезе депрессии играют роль нарушения серотонинергической медиации другой локализации.

Наиболее убедительно на сегодняшний день выглядит гипотеза о том, что поражение гиппокампа, связанное с большой депрессией, может быть частью патологии гиппокампа при болезни Альцгеймера и таким образом провоцировать ее развитие и/или ускорять прогрессирование начиная со стадии легкого когнитивного нарушения. Гипотеза основана на том, что билатеральная атрофия гиппокампа при первичной большой депрессии выявлялась несколькими исследователями, а атрофия гиппокампа вообще представляет собой ведущее патоморфологическое явление при болезни Альцгеймера.

Наличие гиперинтенсивности белого вещества в лобных долях также связывают с депрессией в пожилом возрасте. Более выраженными гиперинтенсивными нарушениями в глубоком белом веществе отличаются больные с поздним началом депрессии по сравнению со случаями раннего развития депрессии и контролем, а также больные с большей тяжестью депрессии. Указанные изменения аналогичны характерным для больных с деменцией.

Высвобождение цитровоспалительных цитокинов активированной микроглией является механизмом, опосредующим нейропатологические изменения при деменции. Высокие уровни содержания цитокинов выявлены также у больных пожилого возраста с депрессией.

#### **Ошибки, которых можно избежать**

Соотношение депрессии и деменции у пожилых больных при их выявлении ставит сложную терапевтическую задачу перед клиницистом, но при этом необходимо отметить, что диагностическая задача врача еще более сложна.

При клинической оценке основных симптомов депрессии особое внимание следует уделять дифференциации депрессивного настроения (печальное, грустное, безнадежное, унылое, плаксивое) и состоянию апатии («ничто не волнует, не интересует»). Оценка ангедонии (сниженные позитивный аффект

или удовольствие в ответ на социальные контакты и обычные виды деятельности) должна проводиться в сравнении трактовки пациента и наблюдений людей из его ближайшего окружения путем тщательного опроса (испытывает ли «столько же удовольствия, как и ранее», продолжает «радоваться жизни», «чувствовать ее вкус» и т.д.).

При анализе анамнеза и катамнеза наблюдаемых нами больных, ошибки врачей в отношении дифференциальной диагностики депрессии и деменции при болезни Альцгеймера представлены следующими основными вариантами:

- депрессивное расстройство, ошибочно принимаемое за проявления когнитивного дефицита;
- нераспознанная когнитивная дисфункция, развитие которой «маскировано» депрессивными симптомами;
- депрессивное расстройство у больного с деменцией, своевременно не распознанное.

Нередко больные, поступившие с диагнозом деменции, которая быстро прогрессировала, были не в состоянии обслужить себя, прикованы к постели, требовали постоянного постороннего ухода. Ни у направляющего лечебного учреждения, ни у родственников не было сомнений в наличии тяжелой деменции; больные получали терапию, направленную на приостановление дементирующего процесса. Психодиагностическое исследование чаще всего не проводилось в силу несомненности диагноза. При общении с такими больными обращало на себя внимание сохранение ядра личности и диссоциация между тяжестью состояния и степенью выраженности когнитивного дефицита. Параллельное использование шкалы MMSE и теста рисования часов сопровождалось диссоциацией данных, полученных от этих методик. Также отмечалась диссоциация при использовании оценочных шкал депрессии. Хотя необходимо отметить, что синдром умеренных когнитивных нарушений встречался у таких больных достаточно часто, мог быть причиной именно такой «маскированности» депрессии и требовал медикаментозного вмешательства, но терапия депрессии выходила на первое место, и адекватное назначение антидепрессантов являлось залогом терапевтического успеха, иногда неожиданного как для пациента, так и для его родственников. Что касается несвоевременной диагностики когнитивного дефицита у больных с депрессией или с отдельными депрессивными симптомами, то, описывая таких больных, можно с уверенностью сказать, что наличие длительно текущей депрессивной симптоматики являлось значимым фактором поздней диагностики деменции, особенно умеренных когнитивных нарушений. Причина этого в том, что у таких больных присоединяющиеся симптомы когнитивного дефицита либо принимались за дополнительные симптомы когнитивного расстройства, либо игнорировались клиницистами, родственниками, а зачастую и больными. Когнитивные нарушения объяснялись старостью, плохим самочувствием, длительностью заболевания и еще целым рядом различных причин. Анализируя больных с таким видом коморбидности деменции и депрессии, необходимо отметить, что терапия когнитивных нарушений у них начиналась с большой задержкой, нередко после развития среднетяжелой или тяжелой деменции, что делало ее недостаточно эффективной.

Необходимо отметить, что так же сложно диагностируется депрессивное расстройство у больных с деменцией. У большинства пациентов со среднетяжелой или тяжелой деменцией депрессивные расстройства диагностировались лишь в ситуациях их сильной выраженности. На ранних этапах появления депрессивной симптоматики у этих больных она практически не диагностируется. Это связано с клиническими особенностями депрессии у больных с деменцией и особенностями ее дифференциальной диагностики.

Широкая представленность соматовегетативных симптомов у больных с деменцией может быть серьезной проблемой при интерпретации результатов часто используемых инструментов скрининга депрессии, таких как шкала депрессии Бека и рейтинговая шкала депрессии Гамильтона. Эти шкалы содержат относительно большое число пунктов, предназначенных для идентификации и регистрации нейровегетативных и соматических симптомов расстройств настроения, например бессонницы, анорексии, снижения массы тела, утомления и психомоторной ретардации, что ограничивает их диагностическую ценность для больных с деменцией. Вместо этого следует использовать скрининговые инструменты, специально разработанные для дементных больных. Корнельская шкала депрессии при деменции (SCDD) для решения задачи выявления депрессии у больных с деменцией учитывает клинические наблюдения специалиста, информацию, получаемую от пациента и от лица, осуществляющего уход, что обеспечивает ее независимость от степени когнитивной дисфункции больного. Кроме того, снижен удельный вес симптомов, характерных для депрессии, которые могут быть проявлением клиники основного заболевания (из 19 пунктов SCDD только 7 направлены на идентификацию соматовегетативных симптомов). Пороговая сумма 6 и более баллов соответствует депрессии при деменции, а 13 и выше – большому депрессивному эпизоду.

При диагностике деменции необходимо сочетание исследований нескольких тестов, а для диагностики депрессивного расстройства необходимо использование Корнельской шкалы деменции при депрессии и рабочих критериев депрессии у больных с болезнью Альцгеймера. Следующим шагом клинициста должно быть установление коморбидности этих нарушений. По данным наблюдений в нашей клинике, подобная коморбидность встречается у 80% пожилых больных с деменцией или умеренными когнитивными нарушениями. Для подтверждения такой коморбидности там же должен быть использован адекватный психодиагностический и нейропсихологический инструментарий, по возможности – установлена степень взаимосвязанности этих состояний и причины развития параллельного расстройства.

Учет всего вышеописанного позволяет выработать адекватный терапевтический алгоритм для данного больного, который должен также учитывать:

- продепрессивное действие лекарственных средств;
- влияние лекарственных средств на когнитивные функции;
- фармакокинетическое взаимодействие лекарственных средств;
- наличие другой коморбидной патологии.

В настоящем сообщении авторы не касались терапевтических аспектов деменции и депрессии у пожилых больных. Но в заключение хотелось бы отметить, что механизмы развития депрессии у многих больных с деменцией аналогичны механизмам развития депрессии у больных с органическими заболеваниями головного мозга и заключаются в:

- патологических изменениях в мозге, в частности в нарушении обмена биогенных аминов и других нейромедиаторов;
- депрессии как ответе на лекарственную терапию;
- реактивном состоянии в ответ на болезнь.

У многих больных особое значение приобретает депрессия как ответ на неправильную терапию. Ниже представлены препараты, применение которых может приводить к развитию депрессивного состояния (А.М. Вейн и соавт., 2002):

- гипотензивные средства – резерпин, клонидин, метилдопа, неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов;
- гормональные средства – кортикостероиды, анаболические стероиды, оральные контрацептивы, прогестерон, эстрогены;
- антиконвульсанты – клоназепам, барбитураты;
- НПВП – индометацин, фенацетин, бутадиион;
- кардиотропные препараты – сердечные гликозиды (наперстянка), прокаинамид;
- антимикробные и противотуберкулезные – циклосерин, гризеофульвин, налидиксовая кислота, этионамид, изониазид;
- противопаркинсонические – леводопа, мидантан.

Больные пожилого возраста нередко получают комбинацию лекарственных веществ, которые являются продепрессантами, что, безусловно, приводит к увеличению частоты депрессивных симптомов. В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что проблема дифференциальной диагностики и коморбидности деменции и депрессии у пожилых больных является актуальной проблемой геронтологии, требует дальнейшего изучения, и ее успешное решение в каждом конкретном клиническом случае будет способствовать улучшению качества терапии конкретного больного.

#### Список литературы

1. «Депрессия в общей медицине» Смулевич А. Б.
2. «Депрессии. Современная терапия». Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. М. 2003 г.
3. «Руководство по психиатрии» в 2-х томах под. ред. Академика РАМН Тиганова А. С.
4. «Депрессии и коморбидные расстройства» Смулевич А. Б.

#### СЕКЦИЯ №33.

#### ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)

**СЕКЦИЯ №34.  
РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)**

**СЕКЦИЯ №35.  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)**

**СЕКЦИЯ №36.  
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)**

**ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ  
ХИРУРГИИ**

**Андрянов С.В.**

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Профессиональные основания социальной стратификации играют наиболее значимую роль в современном постиндустриальном обществе, поскольку они смягчают традиционные для индустриальных обществ этнические, конфессиональные, классовые основания, коррелируя в максимальной степени с личными характеристиками индивида. Кроме того, высокая динамичность сегодняшней профессионализации способствует усложнению систем социального вознаграждения, детерминируя тем самым расширение вертикальных лифтов социальной мобильности.

Ряд исследователей отмечает, что профессиональное пространство медицины неоднородно [1, 2, 14, 15], а «врачи – лишь одна из групп, локализованных в институте здравоохранения, средний и младший медперсонал дополняют кадровый состав медиков» [13]. Но профессиональные задачи хирурга и, например, санитарного врача настолько различны, что предполагают принципиально разное оснащение рабочего места, режим труда и отдыха, алгоритмы и функциональное содержание профессиональной деятельности, т.е. разные образы жизни. В итоге деление медицины на научно-практические специальности создает естественные предпосылки для дробления социально-профессиональной группы врачей на локальные реальные подгруппы специальностей, каждая из которых может быть рассмотрена как автономное сообщество.

Социально-профессиональная группа хирургов – это особая группа, допущенная государством на специфический рынок труда, обладающая особыми профессиональными компетенциями, необходимыми для реализации отдельной медицинской функции (оказания хирургической помощи), и отличающаяся определенными моделями поведения, мотивацией, профессиональными ценностями [3, 5].

Обособление хирургов в отдельную социально-профессиональную группу имеет и исторические предпосылки. В Европе практически весь период средневековья хирургия не входила в канон медицинской практики. Врачи, получившие медицинское образование в университетах, хирургией не занимались, сосредотачиваясь на лечении внутренних болезней. Они были замкнутым сословием, вход в которое хирургам был закрыт. Последние (их функции выполняли цирюльники и банщики) врачами не считались, им запрещалось переступать границы своего ремесла, выполнять врачебные манипуляции и выписывать рецепты, поступать в университеты. В результате хирурги создавали свои корпорации (например, парижское «Братство св. Косимы»), с внутренней иерархией (деление на длиннополых и короткополых хирургов, выполняющих сложные и простые операции соответственно) и конкурировали, а то и открыто враждовали с врачами. Особое значение имели военные хирурги, высокая востребованность которых определялась характером средневековой внешней политики, для которой война была нормой.

Распространение огнестрельного оружия в XV в. серьезно усложнило боевые раны и снизило шансы раненных на выживание и увеличило их число, причем по мере развития огнестрельного оружия эта тенденция возрастала. Рассматривая соотношения ранений от разных видов вооружения, И.С. Тихонов подчеркивает, что основная часть раненных, получавших лечение в госпиталях, имела огнестрельные раны,

причиненные не столько ружьями и пистолетами, сколько бомбами и снарядами, чаще всего картечью, в то время как на раны холодным оружием приходилось менее 1% [16]. Эти фатальные последствия оказались плодотворными для хирургии: в XV-XIX веках в ее развитии наблюдался анатомо-морфологический период. Хирурги, не знавшие эффективных способов предотвращения заражения ран, не способные обезболить и возмещать кровопотери, совершенствовались топографией и оперативную технику в борьбе за жизнь больного весь период Нового времени. Эти достижения в то время не обеспечивали особого прогресса с точки зрения результатов лечения – летальные исходы при высоких травматических ампутациях были обычным делом [10]. Однако, как отмечает С.П. Глянцев, вызывают сомнения дошедшие до нас описания характера и частоты ранений того времени [8], поскольку смертность для подразумеваемых поврежденных выглядит слишком низкой, что трудно объяснимо даже высоким качеством ухода.

Хирургия пережила реформы, обеспечившие ее связь с медицинской наукой и повысившей статус хирурга. По мнению С.П. Глянцева, «именно в это столетие «чистые медики» (медико-хирурги) стали широко заниматься «кровоавой» хирургией, а наиболее грамотные цирюльники стали изучать хирургию общую и писать книги по хирургии на родных языках» [7]. Эти процессы способствовали тому, что в первой трети XVIII в. окончательно завершилась «легализация» хирургии и закрепилось разделение медицины на два «фрусла» – хирургию и внутреннюю медицину (терапию). Хирурги прочно вошли в сообщество врачей.

XIX век стал веком великих открытий в хирургии, в практику были внедрены асептики, антисептики и обезболивание. Были открыты группы крови и стали применяться ее переливание. Военная хирургия продолжала оставаться сердцем профессии, обеспечивая ее развитие через сеть специализированных (военно-медицинских) образовательных и лечебных учреждений.

В XX веке начался физиологический период развития хирургии, темпы которого были небывалыми. «Хирурги, уже не очень опасаясь летальных осложнений наркоза и инфекционных осложнений, могли позволить себе, с одной стороны, спокойно и достаточно долго оперировать в различных областях и полостях человеческого организма, проводя порой очень сложные манипуляции, а с другой стороны – применять хирургический метод не только как крайний способ спасти больного, как последний шанс, но и как альтернативный способ лечения заболеваний, непосредственно не угрожающих жизни пациента» [9]. Эти изменения сделали хирургическое сообщество более открытым, увеличив его размеры – хирургические вмешательства перестали быть только экстренными, они рутинизировались в качестве стандартных способов лечения, что не могло не повлечь за собой увеличение корпуса хирургов.

Профессиональное сообщество хирургов до XX века было мужским. Эта тенденция характерна и для медицины в целом, но именно в хирургии проникновение женщин в профессию оказалось самым сложным. Первой женщиной-хирургом Российской Империи стала княжна Вера Ивановна Гедройц – яркая и неоднозначная личность, освоившая профессию в Швейцарии, поскольку на родине это было невозможно. Тем не менее, спустя десятилетие признанием ее таланта станет данное соотечественниками неофициальное звание «женщина-врач» [4, 12]. Кроме В.И. Гедройц, в начале XX века в стране было несколько женщин-хирургов: А.Г. Архангельская, Н.А. Добровольская, С.Н. Лисовская, Г.Ф. Петрашевская, Н.И. Спасокукоцкая, Н.В. Алмазова. Спустя столетие женщин в хирургии стало больше, но они по-прежнему остаются исключением из правил. Согласно исследованию Л.И. Бокерия и С.П. Глянцева, из 1000 собранных ими научных биографий советских и российских кардио- и ангиохирургов, жизнеописания женщин составляют всего 4,5%, а именно 34 биографии женщин, защитивших в 1909-1998 гг. докторские диссертации по хирургии сердечно-сосудистых заболеваний [6]. Согласно современным социологическим данным, хирургия продолжает оставаться мужской специальностью. Так, данные С.А. Леонова и соавторов показывают, что именно должности хирургического профиля замещены мужчинами в подавляющем большинстве. При этом доля женщин в профессиональном корпусе российских врачей составляет 73,4% [11]. Исследователи неоднократно демонстрировали, что изменение гендерного состава профессиональной позиции сопряжено с процессами снижения ее статуса: женщины как работники отличаются низкой конкурентноспособностью даже в гендерно нейтральных отраслях – науке и образовании [15, 16]. Не вдаваясь в подробности природы корреляции статуса и гендера в профессиональной сфере, отметим, что мужской характер профессии хирурга акцентирует ее статусность. По мнению экспертов, хирургия – это одна из медицинских специальностей, обладающая особо высоким престижем [14].

В настоящее время в Российской Федерации хирурги являются одной из самых больших групп (специальностей). По данным Росстата, в 2014 г. на 709400 врачей страны приходилось 68600 врачей хирургов [17]. Таким образом, исторические особенности развития профессии хирургов имеют существенное значение для объяснения современных социальных параметров профессии.

## Список литературы

1. Андриянов С.В., Чернышков Д.В. Коммуникативный подход в современных практиках здоровьесбережения (на примере школ здоровья) // Социология медицины. 2016. Т. 15. № 1. С. 48-51.
2. Андриянова Е.А. Социальные параметры профессионального пространства медицины: дисс... д-ра социол. наук. Волгоград, 2006. 369 с.
3. Андриянова Е.А., Новокрещенов И.В., Афанасьев И.А. Методологическое значение понятия риска в исследовании профессионализации управленческих кадров здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. С. 24.
4. Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Модель профессионализации медицины в дореволюционной России (на примере Императорского Николаевского университета) // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 222-224.
5. Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Роль мотивационной составляющей профессиональной социализации в процессе подготовки медицинских кадров // Основные вопросы теории и практики педагогики и психологии: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Омск, 2015. С. 176-179.
6. Бокерия Л.А., Глянцев С.П. Женское лицо сердечно-сосудистой хирургии России // Бюллетень НЦССХ ИМ. А.Н. Бакулева РАМН сердечно-сосудистые заболевания. 2012. Т.13. № 4. С. 40.
7. Глянцев С.П. Арсенал хирургии XVII века // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2013. Т.1. С. 48.
8. Глянцев С.П. Организация хирургической помощи в русской армии в Отечественную войну 1812 года // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 5. С. 56.
9. История хирургии // Общая хирургия: учебник / Петров С.В. 3-е изд., перераб. и доп. 2010. 768 с.: ил.
10. Кулинский А.Н., Осинцев Е.Ю., Андриянова Е.А., Мельситов В.А. Амбулаторная хирургия – вчера, сегодня, завтра // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2011. Т. 1. № 5. С. 24-28.
11. Леонов С.А., Матвеев Э.Н., Акишкин В.Г., Назаров В.И., Мажаров В.Н. Характеристика врачебных кадров разного профиля в субъектах Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. № 1(13).
12. Мирский М.Б. В.И. Гедройц – профессор хирургии и писатель // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 6. С. 50-55.
13. Петрова Л.Е. Поколенческие различия в социально-профессиональной группе врачей как фактор качества оказания медицинской помощи // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. Т.37. № 3. С. 8.
14. Присяжнюк Д. Динамика профессионального статуса врачей поликлиник в 2000-х годах // Профессии социального государства / под ред. П.В. Романова и Е.Р. Ярославской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2013. С. 88.
15. Романов П., Ярославская-Смирнова Е. Социология профессий: аналитические перспективы и методология исследований. М.: ООО «Вариант», 2015. С. 11, 54.
16. Тихонов И.С. Московский военный госпиталь и медицина России в Отечественной войне 1812 года. М., 2012. С. 225.
17. Труд и занятость в России. 2015: Стат.сб. / Росстат. М., 2015. С. 141.

### СЕКЦИЯ №37.

### СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КСЕРОСТОМИЕЙ

**Байт Саид О.М.Х., Бобылева С.В., Иванова Е.Т.**

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Термин «ксеростомия» впервые ввел Hutchinson в 1989 году.

Согласно определению, данному в 1972 году Г.А.Васильевым, И.Ф. Ромачевой и др., ксеростомия - это патологический процесс, характеризующийся сухостью полости рта в связи с понижением или прекращением секреции слюны. Ксеростомия является заболеванием с недостаточно изученной этиологией, сложными патогенетическими звеньями. Снижение секреции имеет место при гипотиреозе, гипогонадизме, физиологическом климаксе, анемии, авитаминозах, общих дистрофических заболеваниях. При синдроме и болезни Шегрена ксеростомия является ведущим синдромом. Часто причину ксеростомии удается установить лишь при длительном динамическом наблюдении. При невыясненной этиологии ксеростомии называют истинной (первичной), эссенциальной или идиопатической.

М.М.Пожарицкая (2001), приводит данные о том, что жалобы на сухость в полости рта предъявляет каждый десятый больной на приеме у врача-стоматолога. Данные Т. Nederfors (1996) свидетельствуют о постоянном росте числа пациентов с ксеростомией, что автор объясняет условиями жизни в современном мегаполисе: хронический стресс, гипоксия, гиподинамия, загрязнение окружающей среды и др.

Поражения органов полости рта, развивающиеся вследствие ксеростомии, весьма серьезны (Васильев Ю.Л., 2015). Это множественный кариес зубов, имеющий не только типичную локализацию, но и поражающий иммунные зоны зуба: бугры моляров и премоляров, режущий край резцов; часто наблюдается циркулярное поражение зуба по периметру шейки, что быстро приводит к развитию осложнений кариеса, а порой и к утрате зуба (Л.И. Палий, Г.П. Матвейков, Н.Ф.Сорока, 1987).

Если облучение затрагивает слюнные железы, в них возникает воспалительная реакция, приводящая в последующем к фиброфикации ткани желез и как следствие - к снижению слюноотделения. Изменяется характер слюны. Ротовая жидкость становится вязкой, изменяется её ионный состав, снижаются защитные и очистительные свойства. В результате в полости рта больного создаются условия для роста кариесогенных микроорганизмов, и для поддержания возникающего во время лучевого лечения радиомукузита.

Повреждение слюнных желез во время лучевой терапии необратимо. Несмотря на стремление врачей радиологов планировать лечение таким образом, чтобы лучевое воздействие на здоровые органы и ткани было минимальным, полностью защитить их не удастся.

Отсутствует четкое описание клинических проявлений ксеростомии в отдаленном постлучевом периоде. Детально лучевые повреждения слюнных желез и изменения в органах и тканях полости рта, связанные с ними, не рассматривались. Нет работ по оценке влияния последствий лучевого воздействия на слюнные железы на качество жизни больных.

Лечение ксеростомии в основном симптоматическое (Каннукоева Е.Ю., 2016), причем в ряде случаев оно представляет значительные трудности и не редко неэффективно или не приносит ожидаемых результатов (В.В. Афанасьев, 1989; У.А. Саидкаримова, 1991; М.М. Пожарицкая и соавт., 1994; М.Л. Павлова, 2001 и др.). Наиболее полно описан (Гетьман А.Д., 2013) комплексный подход в лечении больных с радиационно-индуцированной ксеростомией, применение при выраженных проявлениях РИК-синдрома наряду с санацией полости рта увлажняющих средств, обеспечивает у 81,25% больных устойчивое снижение ощущения сухости слизистой, в 25% случаев уменьшает вязкость смешанной слюны, улучшает кислотно-щелочное состояние. На этом фоне улучшается гигиеническое состояние полости рта (снижение значения индекса Федорова-Володкиной на 22%). У больных нормализуется сон, облегчается глотание и произношение звуков. Это приводит к снижению на 39% степени отрицательного влияния на уровень качества жизни пациентов.

### Список литературы

1. Артамонова Е.А. Радиационные повреждения слюнных желез в эксперименте Текст. / Е.А. Артамонова // Медицинская радиология. 1988. -№ 1. - С. 62-64.

2. Аймалетдинова З.Т., Разумова С.Н. Опыт использования отбеливающих зубных паст у пациентов с легкой степенью дисколорита. В книге: МАТЕРИАЛЫ ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ РЯЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА 2016. С. 58-60.
3. Аймалетдинова З.Т., Окладников Ю.А., Слюсар О.И. Результат лечения альвеолитов с использованием препарата на основе нативного коллагена и сангвиритрина. Стоматология. 2016. Т. 95. № 6-2. С. 41
4. Барер Г.М. Особенности клинических проявлений постлучевых поражений зубов Текст. / Г.М. Барер // Стоматология. 1982. - № 4. - С. 29-31.
5. Браго А.С., Васильев Ю.Л. Роль цвета упаковки зубной пасты и информированности населения в формировании потребительского выбора средств гигиены полости рта. В сборнике: Основные проблемы в современной медицине Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2015. С. 191-194.
6. Васильев Г.А, Ромачева И.Ф, Кац А.Г., Фролова А.Т. Лечение ксеростомии галантамином //Стоматология, 1972. Т.51. - №2. - С.42.
7. Васильев Ю.Л., Коломийченко М.Е., Нагин Г.Т. Результаты исследования основных факторов, влияющих на выбор средств гигиены полости рта современным человеком. Стоматология детского возраста и профилактика. 2014. Т. 13. № 2. С. 49-52.
8. Васильев Ю.Л., Слюсар О.И., Коломийченко М.Е. Опыт использования зубных паст без лаурилсульфата натрия у пациентов с ксеростомией. Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. Т. 14. № 1. С. 62-65.
9. Канукоева Е.Ю., Васильев Ю.Л. Оценка клинической эффективности суспензии для снижения гиперестезии твердых тканей зуба с аргинином и фосфатом кальция. ЭндодонтияToday. 2016. № 3. С. 12-14.
10. Мейланова Р.Д., Васильев Ю.Л. Состояние гемомикроциркуляторного русла оболочек некоторых органов при ожоговом шоке в эксперименте. Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. 2015. № 2 (18). С. 23-24
11. Разумова С.Н., Аймалетдинова З.Т., Окладников Ю.А. Сравнительные анализ степени деформации карпульных игл для инфильтрационной анестезии. В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста Материалы II Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов. ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 2016. С. 137-138.
12. Рабинович С.А., Разумова С.Н., Васильев Ю.Л., Аймалетдинова З.Т. Оценка психоэмоционального состояния врачей-стоматологов при проведении амбулаторных стоматологических вмешательств. ЭндодонтияToday. 2016. № 4. С. 21-24.
13. Разумова С.Н., Уварова Д.С., Шабалин В.Н. Сравнительная оценка общеклинического и стоматологического статуса долгожителей. Стоматология для всех. 2013. № 4. С. 70-72.+
14. Разумова С.Н., Королев А.В., Шатохина С.Н., Шабалин В.Н. Клинико-лабораторные показатели морфологической картины ротовой жидкости у пациентов старшего возраста. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2010. № 1. С. 18-19
15. Палий Л.И., Матвейков Т.П., Сорока Н.Ф. Новое в лечении ксеростомии при синдроме Шегрена //VIII Всесоюзный съезд стоматологов: Новое в терапевтической, детской и хирургической стоматологии. /Тезисы. М., 1987. - Т.2. С.244-245.

## РОЛЬ ЛИЧНОЙ И СИТУАТИВНОЙ МОТИВАЦИИ В ВЫБОРЕ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

**Брагунова Р.М., Шампариани М.**

Российский Университет Дружбы Народов (РУДН), г. Москва

Стоматологическое здоровье является важной составляющей общего здоровья человека. В настоящее время установлена взаимосвязь между одонтогенной инфекцией и заболеваниями дыхательной системы (пневмония), кардиоваскулярными заболеваниями, заболеваниями эндокринной системы (сахарный

диабет). Своевременность обращения за стоматологической помощью сказывается на прогнозе при лечении заболевания. По данным И.В. Фирсовой (2009), комплаентность и мотивация взаимосвязаны; в большинстве случаев визит к стоматологу необходим при острой боли (58,9%), 31,1% посещают стоматолога запланированно, а с целью профилактического осмотра обратились бы всего 22,8% респондентов, поэтому очень важна самооценка полости рта, как важный фактор, способствующий мотивации к лечению.

(от лат. *movere*) — побуждение к действию; психофизиологический процесс, управляющий поведением человека, задающий его направленность, организацию, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

Сегодня этот термин понимается разными учёными по-своему. Например, мотивация по В. К. Вилюнасу — это совокупная система процессов, отвечающих за побуждение и деятельность. А К. К. Платонов считает, что мотивация как явление психическое есть совокупность мотивов. Мотив — одно из ключевых понятий психологической теории деятельности, разрабатывавшейся ведущими советскими психологами А. Н. Леонтьевым и С. Л. Рубинштейном. Наиболее простое определение мотива в рамках этой теории: «Мотив — это опредмеченная потребность»[1]. Мотив часто путают с потребностью и целью, однако потребность — это, по сути, неосознаваемое желание устранить дискомфорт, а цель — результат сознательного целеполагания, выбора предмета (объекта), удовлетворяющего требованиям мотива. Например: жажда — это потребность, желание утолить жажду — это цель, а бутылка с водой, к которой человек тянется — это мотив. Можно также понимать жажду как чувство, ощущение (жажды), а потребность — как необходимость иметь определённое количество воды в организме (в крови), тогда цель поведения — утолить жажду, то есть оптимизировать количество воды в организме (но не бутылка с водой). В таком контексте «мотив — это ресурс (вода), стремление получить или сохранить который обуславливает поведение субъекта».

**Цель работы:** явилось исследование особенностей мотивации средств гигиены полости рта современным человеком

#### **Задачи исследования**

- Провести анкетирование 2000 человек в школах, ВУЗах (в том числе не медицинских), колледжах
- Провести Интернет-опрос пользователей социальных сетей о степени информированности о средствах гигиены полости рта.
- Оценить степень влияния цвета упаковки зубной пасты на субъективные ощущения.

#### **Материалы и методы**

Для выполнения поставленных задач была создана оригинальная анкета, включающая вопросы и варианты ответов об используемых средствах гигиены полости рта, мотивации выбора и источниках информации о них. В анкетировании приняло участие 2000 человек в возрасте от 15 до 43 лет. В анкетировании принимали участие студенты вузов и колледжей. Кроме того, были использованы Интернет-ресурсы. Влияние цвета упаковки на потребительский выбор оценивали путем использования разного цвета упаковки при одинаковом наполнителе.

**Обобщая результаты** проведенного исследования, можно заключить, что у большинства опрошенных отсутствует мотивация к лечению у врача-стоматолога, вследствие чего у них ухудшается состояние полости рта, хотя, по данным самооценки, респонденты не считают, что нуждаются в лечении.

#### **Выводы**

- Рекомендациям врача по мере старения прислушивается большее число пациентов, что прямо пропорционально их возрасту
- Наибольший приоритет качеству средств гигиены полости рта отдают пациенты возраста 36-45 лет, менее всего уделяя внимание цене
- Доказана прямая связь между цветом упаковки и субъективным восприятием

#### **Список литературы**

1. Аймалетдинова З.Т., Окладников Ю.А, Слюсар О.И. Результат лечения альвеолитов с использованием препарата на основе нативного коллагена и сангвиритрина. Стоматология. 2016. Т. 95. № 6-2. С. 41

2. Аймалетдинова З.Т., Разумова С.Н. Опыт использования отбеливающих зубных паст у пациентов с легкой степенью дисколорита. В книге: материалы ежегодной научной конференции рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. ПАВЛОВА 2016. С. 58-60.
3. Браго А.С., Васильев Ю.Л. Роль цвета упаковки зубной пасты и информированности населения в формировании потребительского выбора средств гигиены полости рта. В сборнике: Основные проблемы в современной медицине Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2015. С. 191-194.
4. Буянкина Р.Г., Тарасова Н.В. Оценка эффективности мероприятий по формированию мотиваций у студентов-стоматологов к изучению профилактической стоматологии. Cathedra - кафедра. Стоматологическое образование. 2016. № 56. С. 66-69.
5. Васильев Ю.Л. Особенности стоматологического статуса у пациентов с лингвальным пирсингом. Российская стоматология. 2010. Т. 3. № 2. С. 41-46.
6. Васильев Ю.Л., Нагин Г.Т. Оценка мотивирующих факторов, влияющих на выбор средств гигиены полости рта. В сборнике: Актуальные проблемы гигиены, общественного здоровья и здравоохранения Сборник научных трудов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Российского университета дружбы народов. 2014. С. 72-77.
7. Васильев Ю.Л., Коломийченко М.Е., Нагин Г.Т. Результаты исследования основных факторов, влияющих на выбор средств гигиены полости рта современным человеком. Стоматология детского возраста и профилактика. 2014. Т. 13. № 2. С. 49-52.
8. Лунева И.А. Социологический анализ мотивации родителей к профилактике стоматологических заболеваний у детей. Стоматология детского возраста и профилактика. 2009. Т. 8. № 2. С. 59-62.
9. Лысенкова И.И., Васильев Ю.Л. Особенности стоматологического статуса у пациентов с пирсингом в области губы. Dental Forum. 2008. № 2. С. 22-26.
10. Олесов Е.Е., Олесов А.Е., Гришкова Н.О., Шаймиева Н.И., Юффа Е.П., Лукьянова Е.Г. Анкетирование как способ оценки мотивации к соблюдению индивидуальной гигиены в стоматологии. Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2014. № 1 (2014). С. 85.
11. Рабинович С.А., Разумова С.Н., Васильев Ю.Л., Аймалетдинова З.Т. Оценка психоэмоционального состояния врачей-стоматологов при проведении амбулаторных стоматологических вмешательств. Эндодонтия Today. 2016. № 4. С. 21-24.
12. Разумова С.Н., Уварова Д.С., Шабалин В.Н. Сравнительная оценка общеклинического и стоматологического статуса долгожителей. Стоматология для всех. 2013. № 4. С. 70-72.
13. Салеев Р.А., Киреев М.Ю. Маркетинговые исследования в стоматологии. Российский стоматологический журнал. 2010. № 6. С. 46-48.
14. Севбитов А.В., Платонова В.В., Павлов А.А. Психологическое консультирование в условиях стоматологического приема. В сборнике: TRENDS OF MODERN SCIENCE - 2014 Materials of XI International Research and Practice Conference. 2014. С. 57-59.
15. Фирсова И.В. Концепция комплаентности в стоматологической практике: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. ВолГМУ, 2009. 52 с.

## ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Вайтович Д.Н., Галустова С.Ю., Кодзаева Э.С.**

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Негативное поведение детей во время лечения зубов, выражающееся в первую очередь повышением двигательной активности, ухудшает качество лечебной работы и является одной из причин нежелания молодых врачей работать в детской стоматологии.

Современное обезболивание должно обеспечивать комфортное состояние пациента и создавать оптимальные условия для работы врача-стоматолога. Основные требования к обезболиванию - адекватность и безопасность его использования. Особую актуальность имеют вопросы обезболивания в клинике детской

и подростковой стоматологии, так как отмечается рост кариеса и его осложнений у детей разного возраста. Болевые ощущения ограничивают объем лечебных мероприятий и снижают качество лечения. Кроме того, боль, которую может испытывать ребенок на приеме у стоматолога, приводит к отказу от лечения и формирует страх перед посещением врачей любой специальности. Поведением ребенка руководят эмоции, которые усиливаются физиологической непереносимостью боли детьми. Врач должен помочь больному избавиться от чувства страха, создать ситуацию безопасности и безболезненности в ходе обследования и лечения. Особенности организма в разные возрастные периоды должны быть обоснованием дифференцированной стоматологической помощи детям (Рабинович С.А., Васильев Ю.Л., Севбитов А.В., 2016). По данным, Р.Г. Гашимова и М.М. Аракеловой (1988) 70% детей школьного возраста нуждаются в коррекции поведения. По данным В.Ф. Выгорко (2001), коррекция поведенческих реакций у дошкольников необходима в 90,9% случаев, по нашим данным коррекция поведения во время лечения зубов нужна 86% младших школьников. Повышение безопасности и эффективности местного обезболивания относится к наиболее важным вопросам стоматологической практики. По данным Бизяева А.Ф. (1998) до 84% пациентов испытывают психоэмоциональное напряжение перед стоматологическим вмешательством. Наиболее актуальна проблема обезболивания стоит в стоматологии детского возраста (Рабинович С.А. и соавт., 2005)

Поиск и совершенствование методов местной анестезии является одной из важнейших задач современной детской стоматологии. Главный критерий эффективности обезболивания - скорость развития, глубина и длительность местной анестезии, отсутствие побочных отрицательных эффектов вводимого препарата (И.А.Шугайлов, 1984). Адекватная местная анестезия - абсолютная необходимость в детской стоматологии. Уменьшение резорбтивного действия анестетика является одним из способов профилактики осложнений. Для уменьшения всасывания местных анестетиков используют адrenoагонисты (адреналин, норадреналин, эфедрин и др.), снижающие кровоток в тканях за счет сосудосуживающего эффекта (И.А.Шугайлов, 1990; Bennet, 1978; Salonen, 1988; Севбитов А.В., соавт. 2016). К сожалению, действие адrenoагонистов носит кратковременный характер из-за быстрого их разрушения (М.Д. Машковский, 2000; Yagiela, 1994). Кроме того, они способны вызывать тахикардию, нарушения сердечного ритма, гипергликемию и другие побочные эффекты (В.А.Светлов, С.П.Козлов, 1996; И.К.Луцкая, А.С. Артюшков, 2000).

Для оказания качественной стоматологической помощи требуется спокойное поведение пациента. Большинство детей испытывают такие психические состояния как напряжение, утомление, тревога, стресс и страх перед лечением зубов. Страх у некоторых детей может переходить в состояние аффекта, которое полностью исключает возможность проведения лечения. Психические состояния, проявляющиеся в виде мимических, вербальных, моторных реакций. Повышенная двигательная активность ребенка, беспокойное поведение детей, маленький объем полости рта и обильная саливация при лечении зубов часто мешает работе врача, иногда управление поведением пациента становится, едва ли не главной составляющей частью работы детского стоматолога. Эти психические состояния являются, причинами ,несвоевременного обращения к врачу, часто приводящие к развитию осложненных форм - кариеса и острых одонтогенных воспалительных процессов.

Известно, что повышения эффективности местного обезболивания и снижения риска системных осложнений можно добиться путём минимизации дозы анестетика (М.Д.Машковский, 2000). В стоматологической практике этому способствует применение интралигаментарной анестезии (И.А.Шугайлов, 2003).

#### Список литературы

1. Баюрова Н.В., Каниболоцкий А.А., Сметнева Н.С., Гордина Г.С. Особенности диагностики атипичных форм инфаркта миокарда в условиях работы кардиологического отделения многопрофильного стационара. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т. 8. № 6 S1. С. 36.
2. Васильев Ю.Л., Севбитов А.В., Платонова В.В. Определение с помощью холтеровского мониторирования уровня стресса у врачей-стоматологов при проведении местной анестезии. Стоматология. 2016. Т. 95. № 6-2. С. 41-42.
3. Гуленко О.В., Шугайлов И.А., Шейх-Заде Ю.Р., Литвинов А.Н., Корда Н.В. Повышение эффективности местного обезболивания и снижение риска соматических осложнений при лечении стоматологических заболеваний у детей. Российский стоматологический журнал. 2006. № 1. С. 19-23.

4. Зорян Е.В., Рабинович С.А., Матвеева Е.Г. Значение учета клинико-фармакологических особенностей местных анестетиков в стоматологии детского возраста. Институт стоматологии. 2009. Т. 1. № 42. С. 70-7
5. Зорян Е.В., Рабинович С.А. Вазоконстрикторы в составе местноанестезирующих препаратов: значение и проблемы. Клиническая стоматология. 2006. № 3. С. 24-28.
6. Особенности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний у детей. Под ред. С. А. Рабиновича. Москва, 2005.
7. Разумова С.Н., Аймалетдинова З.Т., Окладников Ю.А. Сравнительный анализ степени деформации карпульных игл для инфильтрационной анестезии. В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста. Материалы II Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов. ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 2016. С. 137-138.
8. Рабинович С.А., Разумова С.Н., Васильев Ю.Л., Аймалетдинова З.Т. Оценка психоэмоционального состояния врачей-стоматологов при проведении амбулаторных стоматологических вмешательств. Эндодонтия Today. 2016. № 4. С. 21-24.
9. Стош В.И., Рабинович С.А. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии. Руководство для врачей / В. И. Стош, С. А. Рабинович. Москва, 2007.
10. Севбитов А.В., Шакарьянц А.А., Браго А.С., Васильев Ю.Л., Золотова Е.В. Сравнительная характеристика стоматологической тревожности пациентов при лечении очаговой деминерализации эмали в стадии дефекта методом инфильтрации и традиционными реставрациями. Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 7-3 (49). С. 91-93.
11. Севбитов А.В., Рабинович С.А., Васильев Ю.Л., Дьячкова Е.Ю., Кузин А.Н., Мейланова Р.Д. Клинические особенности структурных характеристик переднего отдела нижней челюсти. Часть 1. Рентгено-анатомическое исследование канала подбородочной ости. Российская стоматология. 2015. Т. 8. № 4. С. 55-60.
12. Севбитов А.В., Голобородова И.В., Сметнева Н.С., Герасимова Т.В. Роль бета-адреноблокаторов в профилактике осложнений местной анестезии у пациентов с артериальной гипертензией. обзор литературы. Клиническая стоматология. 2016. № 4 (80). С. 38-41.
13. Шугайлов И.А., Шульгин Е.Г. Оценка адекватности премедикации дроперидолом, дипидололом и седуксеном при стоматологических операциях. Стоматология. 1984. Т. 63. № 2. С. 33.

## МИКРОАНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО РЕЛЬЕФА ЗУБА ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОЗА ПУЛЬПЫ

**Фомина А.Д., Байкулова М.Д.**

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Важнейшей проблемой в терапевтической стоматологии остаётся лечение кариеса и его осложнений. Необходимость стерилизации сформированной полости или корневого канала перед пломбированием не вызывает сомнений. В настоящее время широкое распространение получили такие растворы как хлоргексидин биглюконат и гипохлорит натрия. Для расширения спектра препаратов, используемых для медикаментозной обработки, как кариозных полостей, так и корневых каналов, и для их клинического внедрения, необходимо рассматривать не только их антимикробные свойства, но ещё и с позиций оценки прилегания пломбировочного материала к стенке твёрдых тканей зуба. Адгезия пломбировочного материала во многом зависит от наличия органических наслоений, особенно в просвете корневого канала, что связано с применяемой медикаментозной обработкой. В современной стоматологии основной задачей эндодонтического лечения апикального периодонтита является тщательная медикаментозная обработка корневых каналов. При этом происходит максимальное воздействие на их микрофлору.

Самой доступной и распространённой техникой ирригации корневых каналов является ручная техника (с помощью шприца и эндодонтической иглы). Данная техника является достаточно простой, но в большинстве случаев не в полной мере эффективной, так как при этом обеспечивается высокое качество очистки корональной и средней трети канала и недостаточный уровень обработки канала в области апекса.

Для успешной ирригации необходимо, чтобы дезинфицирующий раствор доставлялся на всю рабочую длину корневого канала. Этого не всегда удается добиться с помощью большинства представленных на рынке эндодонтических игл. Со стандартными эндодонтическими иглами, имеющими диаметр кончика 0,4 мм (27Ga), достичь этого не всегда легко, игла блокируется в устьевой или средней части канала. Чем ближе игла продвинута к апексу, тем выше качество очистки канала. С другой стороны, вероятность выведения ирригационного раствора за пределы апекса при этом также возрастает. Большинство эндодонтических игл, которые представлены сейчас на российском рынке имеют ряд недостатков, которые препятствуют тому, чтобы простая и доступная ручная методика ирригации корневых каналов имела максимальную эффективность и обеспечивала успех эндодонтического лечения в полной мере.

Мы сочли необходимым изучить в сравнительном аспекте целесообразность использования в клинике перечисленных выше препаратов.

С этой целью проведено изучение дентина корневого канала до и после обработки его различными препаратами в сканирующем микроскопе.

#### **Материал и методы исследования.**

Материалом для морфологического исследования рельефа стенки корневого канала послужили удалённые по ортопедическим показаниям интактные зубы человека. Контролем служили зубы, в которых корневые каналы обрабатывали традиционным способом с использованием 3% раствора перекиси водорода, 70% этилового спирта, эфира.

#### **Собственные исследования.**

При обработке поверхности дентина 20% раствором диметилсульфоксида (ДМСО) поверхность межканальцевой зоны характеризовалась чередованием плотных гладких участков с зонами мелкогранулярного вещества, расположенных в виде крупных глобулей.

При обработке поверхности дентина 0,2% раствором хлоргексидина рельефно контурировались торцевые участки кристаллов гидроксиапатита и исследуемая зона имела мелкоигольчатую структуру.

При использовании в качестве препарата для медикаментозной обработки корневого канала 5% раствора гипохлорита натрия, поверхность дентина была представлена зияющими отверстиями дентинных трубочек.

Проведённое исследование показало что обработка корневого канала 5% раствором гипохлорита натрия несколько изменяет рельеф его стенки, что связано с воздействием его на органический компонент дентина. Морфологическая картина поверхности внутренней стенки корневого канала после обработки 3% раствором перекиси водорода, 70% этиловым спиртом, медицинским эфиром была сходна с рельефом стенки необработанного корневого канала.

#### **Заключение.**

Для медикаментозной обработки корневых каналов при лечении пульпита целесообразно использование 0,2% раствора хлоргексидина и 5% раствора гипохлорита натрия.

Для обработки узких корневых каналов рекомендовано сочетанное использование 5% раствора гипохлорита натрия с 20% раствором ДМСО.

Сравнительное экспериментальное изучение эффективности использования указанных препаратов при лечении пульпита подтверждает обоснованность их широкого использования в клинике.

#### **Список литературы**

1. Болячин А.В. Основные принципы и методики ирригации системы корневого канала в эндодонтии. Эндодонтия. 2008. № 1-2. С. 45-51.
2. Беленова И.А., Харитонов Д.Ю., Сущенко А.В., Кудрявцев О.А., Красичкова О.А., Жакот И.В. Сравнение качества различных методов ирригации корневых каналов в процессе эндодонтического лечения. Эндодонтия Today. 2016. № 2. С. 3-7.
3. Бекетова Т.В., Селифанова Е.И., Разумова С.Н. Патология периодонта при ревматических заболеваниях: перспективное направление междисциплинарных исследований. Эндодонтия Today. 2016. № 4. С. 47-49.
4. Браго А.С., Севбитов А.В., Утюж А.С., Миронов С.Н., Ершов К.А. Извлечение литой культевой вкладки из корневого канала: клинический случай. Эндодонтия Today. 2016. № 3. С. 63-64.

5. Вагнер В.Д., Смирнова Л.Е., Салеев Р.А., Бочковский И.С., Вашурин И.В. Технологии ортопедического лечения стоматологических больных. Клиническая стоматология. 2010. № 1 (53). С. 12-15.
6. Те Е.А., Кислыцина Г.А., Ивлева В.С. Оптимизация протокола ирригации корневых каналов при повторном эндодонтическом лечении. Эндодонтия Today. 2009. № 2. С. 26-28.
7. Киясов А.П., Салеева Г.Т., Шамсутдинов М.И. Реакция стволовых клеток пульпы зуба на препарирование под ортопедическую конструкцию. Российский вестник дентальной имплантологии. 2007. № 1-4. С. 126.
8. Разумова С.Н., Мороз А.Ф., Шатохина С.Н. Микробиоценоз полости рта у пациентов различных возрастных групп. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 2008. № 3. С. 74-76.
9. Разумова С.Н., Королев А.В., Шатохина С.Н., Шабалин В.Н. Клинико-лабораторные показатели морфологической картины ротовой жидкости у пациентов старшего возраста. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2010. № 1. С. 18-19
10. Павлов А.А., Ульяновченко Д.Н. Клинический случай перелечивания зуба 4.6. Эндодонтия Today. 2016. № 4. С. 60-61.
11. Разумова С.Н., Тимохина М.И., Булгаков В.С., Анурова А.Е. Факторы, обеспечивающие качественное эндодонтическое лечение. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2015. Т. 17. № 2. С. 35-36.
12. Разумова С.Н., Аймалетдинова З.Т., Окладников Ю.А. Сравнительный анализ степени деформации карпульных игл для инфльтрационной анестезии. В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста Материалы II Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов. ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 2016. С. 137-138.
13. Салеев Р.А., Киреев М.Ю. Маркетинговые исследования в стоматологии. Российский стоматологический журнал. 2010. № 6. С. 46-48.
14. Титова М.А., Салеева Г.Т., Валева И.Х. С-клетки щитовидной железы при экспериментальном остеопорозе. Морфология. 2003. Т. 123. С. 68.
15. Севбитов А.В., Браго А.С., Васильев Ю.Л., Золотова Е.В., Агаркова М.Ю. Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении. Эндодонтия Today. 2016. № 2. С. 30-32.
16. Севбитов А.В., Кузнецова М.Ю., Васильев Ю.Л., Браго А.С., Матвеева Е.А. Влияние методов предстерилизационной очистки и стерилизации на функциональные свойства эндодонтического инструментария. Эндодонтия Today. 2016. № 1. С. 14-16.
17. Севбитов А.В., Браго А.С., Васильев Ю.Л., Золотова Е.В., Агаркова М.Ю. Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении. Эндодонтия Today. 2016. № 2. С. 30-32.
18. Севбитов А.В., Платонова В.В., Павлов А.А. Психологическое консультирование в условиях стоматологического приема. В сборнике: TRENDS OF MODERN SCIENCE - 2014 Materials of XI International Research and Practice Conference. 2014. С. 57-59.
19. Салеева Г.Т., Григорьев С.В. Влияние ультразвуковой обработки на качество пломбирования корневых каналов зубов. Практическая медицина. 2013. № 4 (72). С. 90-91.
20. Ширяк Т.Ю., Киясов А.П., Салеев Р.А. Показания к пульпотомии временных зубов. клинко-гистологическое исследование. В сборнике: Биосовместимые материалы и новые технологии в стоматологии Сборник статей Международной конференции. Науч. редактор Р.Г. Хафизов. 2014. С. 163-166.
21. Шабалин В.Н., Разумова С.Н., Уварова Д.С. Возрастная динамика состава химических элементов ротовой жидкости. 41. Российский стоматологический журнал. 2014. № 2. С. 41-43.

## ПРОБЛЕМА ДЕФОРМАЦИИ КОНЦЕВОЙ ЧАСТИ КАРПУЛЬНОЙ ИГЛЫ

Хасханова Л.М., Терхоева Т.Н., Разумов Н.М.

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Иглы являются важным компонентом технологии местного обезболивания и предназначены для доставки раствора из карпулы в ткани, окружающие кончик иглы. Основными конструктивными элементами игл, которые используются с карпульной технологией, являются металлическая трубка, канюля или адаптер, с помощью которого игла соединяется со шприцем, и скос кончика иглы. С другой стороны от канюли имеется заостренная часть трубки для прокалывания пробки и погружения ее в карпулу (Рабинович С.А., Зорян Е.В., 2014). Некоторые фирмы в последние годы начали выпускать иглы, у которых на втулке имеется указатель положения скоса, что удобно для правильной его ориентации перед погружением иглы в ткани. Ведь положение скоса иглы относительно кости, как например при мандибулярной анестезии, крайне важно для обеспечения эффективности и безопасности анестезии. В настоящее время пользуются карпульными шприцами и одноразовыми иглами к ним (Петрикас А.Ж., 2015). Иглы для одноразовых шприцов помещены в стерильные пластмассовые колпачки. Эти иглы двухконцевые – один конец вводится путем навинчивания в карпулу, а другим проводится инъекция. Вопрос обезболивания при лечебных вмешательствах всегда остро стоял в стоматологии. Для инфильтрационной анестезии используют иглы длиной около 3 см, а для проводниковой – длиной 4-8 см. Иглы имеют заостренный конец, скошенный под углом около 45°, шлиф которого имеет вогнутый или плоский вид. Иглы являются важным компонентом технологии местного обезболивания и предназначены для доставки раствора из карпулы в ткани, окружающие кончик иглы. Считается, что при местной анестезии можно использовать делать одной иглой несколько инъекций. В отечественной (Рабинович С.А., 2000, 2009, 2015; Васильев Ю.Л., 2009, 2010, 2015; Кузин А.Н., 2010, 2014; Севбитов А.В. с соавт. 2017) и иностранной (S. Malamed, 2001, 2005, 2010; Wu S. Et al. 2014) литературе можно встретить утверждения о одноразовом использовании инъекционной системы у одного пациента. Наше пилотное исследование подтвердило имеющиеся в научной печати данные.

**Цель работы:** определение степени деформации карпульных игл после инъекций на верхней челюсти и изучение их поверхности.

### Задачи исследования

1. Опрос врачей-стоматологов с целью выявления использования игл для повторной анестезии у одного и того же пациента;
2. Изучение деформации карпульных игл после проведенной анестезии.

### Материалы и методы

Было исследовано 80 карпульных игл: 20 игл, использованных для туберальной анестезии, 20 игл, использованных для инфильтрационной анестезии, 20 игл, использованных для небной анестезии и 20 игл, использованных при резцовой анестезии. Для исследования острия игл применяли микроскоп Nikon Eclipse E200POL. Иглы рассматривались при 4х кратном увеличении. Использованные иглы утилизировались в специальном аппарате – деструкторе игл. Также нами был проведен опрос практикующих врачей на предмет смены инъекционной системы перед каждой анестезией. Данные статистически обрабатывались в программе Excel Windows.

**Результаты** опроса показали, что лишь 44% опрошенных придерживаются правила «1 игла=1 укол». Можно проследить отрицательную динамику, которая связана с тем, что 31% врачей не меняют иглу при инъекциях одному и тому же пациенту.

Сравнительный анализ показал, что иглы фирмы Septodont наиболее стойки к нагрузкам, связанным с инъекцией в ткани. Чаще всего иглы деформировались при проведении туберальной анестезии, что связано с анатомическими особенностями расположения целевого пункта. На втором месте по частоте деформаций с разницей в 0,5 процента находились иглы после небной анестезии.

**Вывод.** Анализ полученных материалов дает возможность подтвердить ранее высказанные в литературе тезисы о правиле «1 игла=1 укол» из-за деформации острия иглы после инъекции и последующей микротравмы, а также из-за «усталости металла» и, как следствия, возможности отлома иглы при повторной инъекции.

## Список литературы

1. Васильев Ю.Л., Севбитов А.В., Платонова В.В. Определение с помощью холтеровского мониторинга уровня стресса у врачей-стоматологов при проведении местной анестезии. Стоматология. 2016. Т. 95. № 6-2. С. 41-42.
2. Кузин А.В., Васильев Ю.Л., Ерескина Ю.В., Куртышов А.А. Деформация острия игл различного типа после проведения интралигаментарной и интрасептальной анестезии. Эндодонтия Today. 2014. № 2. С. 50-53.
3. Мейланова Р.Д., Платонова В.В., Васильев Ю.Л., Кузин А.Н., Браго А.С., Кузнецова М.Ю. Обобщение результатов анатомического исследования иннервации переднего отдела нижней челюсти. В сборнике: Проблемы современной медицины: актуальные вопросы Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2015. С. 16-18.
4. Проводниковая анестезия. Архипкин С.В., Байтингер В.Ф., Байтингер А.В., Большаков И.Н., Васильев Ю.Л., Горбунов Н.С., Залевский А.А., Зорян Е.В., Кох И.А., Рабинович С.А., Русских А.Н., Самотесов П.А., Селянинов К.В., Тарасенко Е.Л., Шабоха А.Д., Шеховцева Ю.А. (Алгоритмы поиска и действия) / Москва, 2016.
5. Рабинович С.А., Разумова С.Н., Васильев Ю.Л., Аймалетдинова З.Т. Оценка психоэмоционального состояния врачей-стоматологов при проведении амбулаторных стоматологических вмешательств. Эндодонтия Today. 2016. № 4. С. 21-24.
6. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л., Дьяконов Ю.М. Опыт использования анестезии внутрикостной части подбородочного нерва при удалении зубов на нижней челюсти. Медицинский алфавит. 2016. Т. 3. № 21 (284). С. 47-49.
7. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л., Кузин А.Н., Кузин А.В. Состояние концевой части иглы после проведения проводникового обезболивания на нижней челюсти. Клиническая стоматология. 2014. № 3 (71). С. 36-38.
8. Разумова С.Н., Аймалетдинова З.Т., Окладников Ю.А. Сравнительный анализ степени деформации карпульных игл для инфильтрационной анестезии. В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста Материалы II Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов. ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 2016. С. 137-138.
9. Севбитов А.В., Васильев Ю.Л., Платонова В.В., Скатова Е.А., Матвеева Е.А., Дорофеев А.Е. Особенности проводникового обезболивания при операциях удаления зубов в амбулаторной стоматологии. Учебное пособие под редакцией проф. А.В. Севбитова / Москва, 2017.
10. Разумова С.Н., Уварова Д.С., Шабалин В.Н. Сравнительная оценка общеклинического и стоматологического статуса долгожителей. Стоматология для всех. 2013. № 4. С. 70-72.
11. Blanton P. L., Jeske A. H. Dental local anesthetics. Alternative delivery methods//JADA. 2003. №134. P. 228-234.
12. Forum S. T., Tarnow D., Caiazzo A., Hochman M. N. Histologic response to intraligamentary injections using a computerised local anesthetic delivery system. a pilot study in mini-swine//J. Periodontology. 2000. Vol 71. №9. P. 1453-1459.
13. Vasilev Yu.L., Sevbitov A.V., Platonova V.V. Clinical and anatomical study of the mental chin in terms of increasing the effectiveness of local anesthesia. International Dental Journal. 2016. Т. 66. № S1. С. 132.

## АНАЛИЗ АНТИМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ IN VITRO НА МИКРОФЛОРУ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ПЕРИОДОНТИТАХ

**Экажева М., Экажева П.**

Российский университет дружбы народов, г. Москва

В современной стоматологии основной задачей эндодонтического лечения апикального периодонтита является тщательная медикаментозная обработка корневых каналов. При этом происходит максимальное воздействие на их микрофлору.

Самой доступной и распространённой техникой ирригации корневых каналов является ручная техника (с помощью шприца и эндодонтической иглы). Данная техника является достаточно простой, но в большинстве случаев не в полной мере эффективной, так как при этом обеспечивается высокое качество очистки корональной и средней трети канала и недостаточный уровень обработки канала в области апекса. Для успешной ирригации необходимо, чтобы дезинфицирующий раствор доставлялся на всю рабочую длину корневого канала. Этого не всегда удается добиться с помощью большинства представленных на рынке эндодонтических игл. Со стандартными эндодонтическими иглами, имеющими диаметр кончика 0,4 мм (27Ga), достичь этого не всегда легко, игла блокируется в устьевой или средней части канала. Чем ближе игла продвинута к апексу, тем выше качество очистки канала. С другой стороны, вероятность выведения ирригационного раствора за пределы апекса при этом также возрастает. Большинство эндодонтических игл, которые представлены сейчас на российском рынке имеют ряд недостатков, которые препятствуют тому, чтобы простая и доступная ручная методика ирригации корневых каналов имела максимальную эффективность и обеспечивала успех эндодонтического лечения в полной мере.

Однако микроорганизмы довольно быстро приспосабливаются и теряют чувствительность к антисептикам, что обуславливает поиск новых эффективных средств для обработки каналов.

#### **Цели нашей работы:**

- 1) дать сравнительную характеристику антисептическим средствам используемых для медикаментозной обработки каналов при лечении апикального периодонтита.
- 2) изучить чувствительность микроорганизмов при апикальном периодонтите к антисептическим средствам.
- 3) изучить состав микрофлоры, устойчивой к изучаемым антисептикам

#### **Материал и методика:**

Было обследовано 20 больных с апикальным периодонтитом, из них 4 с острым, 4 с хроническим и 12 с обострением хронического периодонтита (6 резцов, 4 премоляра и 10 моляров).

Проводился анализ следующих препаратов для медикаментозной обработки корневых каналов: хлоргексидин 0,2%, фурагин 0,01%, гипохлорид натрия 3%,

Чувствительность ассоциации микроорганизмов к антисептическим средствам определяли методом бумажных дисков.

Анализ полученных данных проводили по диаметру зоны задержки роста.

Все три исследуемых антисептика действовали достаточно эффективно на микрофлору корневых каналов, вторичный рост отсутствовал. Однако диаметр зоны задержки роста был различным. Гипохлорид натрия 3% показал наибольшую активность по отношению к консорциуму микроорганизмов.

#### **Обсуждение.**

Важнейшей проблемой в дезинфекции корневых каналов является внутриканальная биопленка. Ее роль в прогнозе эндодонтического лечения сложно переоценить. Согласно современной концепции, микроорганизмы в корневых каналах присутствуют в виде бактериальной биопленки, что существенно изменяет их свойства и затрудняет их элиминацию из системы корневых каналов. Биопленка представляет собой сообщество микроорганизмов, окруженных внеклеточным полисахаридным матриксом и прикрепленных к влажной поверхности. Биопленка защищает присутствующие в ней микроорганизмы от воздействия неблагоприятных факторов, создает благоприятные условия для размножения, полисахаридный матрикс препятствует проникновению внутрь биопленки антибактериальных агентов, тем самым, повышая резистентность микробов к антисептикам и антибиотикам. Поэтому для элиминации биопленки необходимо сочетание как механического фактора, способного разрушить структуру биопленки, так и дезинфицирующего агента, уничтожающего входящие в ее состав микроорганизмы. Результаты повторного эндодонтического лечения не всегда предсказуемы. Оптимизация протокола ирригации помогает увеличить эффективность такого лечения. Положительный результат оптимизации обеспечивается гидродинамическим эффектом подачи растворов в систему корневых каналов.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

- Наиболее эффективными препаратами для медикаментозной обработки каналов у обследуемых пациентов является гипохлорид натрия 3%, обладающий наиболее широким спектром бактерицидного действия.
- В результате проведенного исследования была выявлена достаточно высокая чувствительность ассоциации микроорганизмов при различных формах апикальных периодонтитов к антисептикам
- Вторичный рост при использовании антисептических растворов не выявлен.

## Список литературы

1. Болячин А.В. Основные принципы и методики ирригации системы корневого канала в эндодонтии. Эндодонтия. 2008. № 1-2. С. 45-51.
2. Беленова И.А., Харитонов Д.Ю., Сущенко А.В., Кудрявцев О.А., Красичкова О.А., Жакот И.В. Сравнение качества различных методов ирригации корневых каналов в процессе эндодонтического лечения. Эндодонтия Today. 2016. № 2. С. 3-7.
3. Браго А.С., Севбитов А.В., Утюж А.С., Миронов С.Н., Ершов К.А. Извлечение литой культевой вкладки из корневого канала: клинический случай. Эндодонтия Today. 2016. № 3. С. 63-64.
4. Вагнер В.Д., Смирнова Л.Е., Салеев Р.А., Бочковский И.С., Вашурин И.В. Технологии ортопедического лечения стоматологических больных. Клиническая стоматология. 2010. № 1 (53). С. 12-15.
5. Те Е.А., Кислыцина Г.А., Ивлева В.С. Оптимизация протокола ирригации корневых каналов при повторном эндодонтическом лечении. Эндодонтия Today. 2009. № 2. С. 26-28.
6. Павлов А.А., Ульяновченко Д.Н. Клинический случай перелечивания зуба 4.6. Эндодонтия Today. 2016. № 4. С. 60-61.
7. Разумова С.Н., Тимохина М.И., Булгаков В.С., Анурова А.Е. Факторы, обеспечивающие качественное эндодонтическое лечение. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2015. Т. 17. № 2. С. 35-36.
8. Разумова С.Н., Мороз А.Ф., Шатохина С.Н. Микробиоценоз полости рта у пациентов различных возрастных групп. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 2008. № 3. С. 74-76..
9. Салеев Р.А., Киреев М.Ю. Маркетинговые исследования в стоматологии. Российский стоматологический журнал. 2010. № 6. С. 46-48.
10. Севбитов А.В., Браго А.С., Васильев Ю.Л., Золотова Е.В., Агаркова М.Ю. Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении. Эндодонтия Today. 2016. № 2. С. 30-32.
11. Севбитов А.В., Кузнецова М.Ю., Васильев Ю.Л., Браго А.С., Матвеева Е.А. Влияние методов предстерилизационной очистки и стерилизации на функциональные свойства эндодонтического инструментария. Эндодонтия Today. 2016. № 1. С. 14-16.
12. Севбитов А.В., Браго А.С., Васильев Ю.Л., Золотова Е.В., Агаркова М.Ю. Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении. Эндодонтия Today. 2016. № 2. С. 30-32.
13. Севбитов А.В., Платонова В.В., Павлов А.А. Психологическое консультирование в условиях стоматологического приема. В сборнике: TRENDS OF MODERN SCIENCE - 2014 Materials of XI International Research and Practice Conference. 2014. С. 57-59.
14. Ширяк Т.Ю., Киясов А.П., Салеев Р.А. Показания к пульпотомии временных зубов. клинко-гистологическое исследование. В сборнике: Биосовместимые материалы и новые технологии в стоматологии Сборник статей Международной конференции. Науч. редактор Р.Г. Хафизов. 2014. С. 163-166.
15. Шабалин В.Н., Разумова С.Н., Уварова Д.С. Возрастная динамика состава химических элементов ротовой жидкости. 41. Российский стоматологический журнал. 2014. № 2. С. 41-43.

### **СЕКЦИЯ №38.**

### **СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)**

## К ВОПРОСУ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ У ЖИВЫХ ЛИЦ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

**Тягунов Д.В., Тягунова И.Ф.**

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»  
КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Сургут

Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия различных факторов внешней среды.

Согласно нормативным документам при оценке вреда, причиненного здоровью человека врач судебно-медицинский эксперт должен подтвердить наличие повреждений объективными данными и установить механизм образования повреждений.

Объектами нашего исследования явились материалы судебно-медицинских экспертиз: «Заключения эксперта» и «Акты судебно-медицинского исследования (освидетельствования)», проведенных по постановлениям и направлениям судебно-следственных органов.

В течение 2015 года в Филиале «Отделение в городе Сургуте» КУ ХМАО-Югры было проведено 4346 судебно-медицинских экспертиз и исследований живых лиц, связанных с определением степени тяжести вреда здоровью.

Доля экспертиз и исследований, где врач - судебно-медицинский эксперт должен был оценить наличие или отсутствие повреждений костей составила 38,8% - т.е. в 1686 случаях экспертиз или исследований

Наиболее часто оценка повреждений костей проводилась в случаях дорожно-транспортных происшествий, бытовых и производственных травм. К методам объективизации повреждений костей относится использование инструментальных исследований, таких как рентгенография, рентгенография с использованием специальных укладок, рентгеномография и компьютерная томография.

Если исследование рентгенограмм для экспертов стало уже рутинным, обычным делом, то исследование компьютерных томограмм, в ряде случаев, вызывает определенные сложности из-за отсутствия у экспертов достаточного опыта работы в специальных программах для анализа КТ изображений.

Программное обеспечение современных компьютерных томографов позволяет разделять объекты, имеющие различную рентгеновскую плотность.

Режимы просмотра: мягкотканное электронное окно, костный режим, сосудов, грудной клетки, брюшной полости и т.д.

Кроме того для просмотра КТ снимков имеют следующие возможности:

- 1) изменение яркости и контрастности;
- 2) увеличение размеров объекта (ZOOM);
- 3) выбор режима просмотра (легочное, мягко-тканное, костное);
- 4) поворот, разворот, зеркальное отражение сканов;
- 5) замер длины, толщины, ширины, объема;
- 6) вычисление плотности тканей в единицах Хаунсфильда (при ушибах внутренних органов, в том числе головного мозга).

Также не маловажным критерием для программы является 3D трансформация изображения, что особенно важно для оценки механизма образования повреждений при травмах.

• 3D моделирование - объемное пространственное воссоздание объекта по серии поперечных компьютерных томограмм.

Существенным моментом является возможность архивирования всего материала в виде массива файлов срезов в DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) – в универсальном формате, совместимым со всеми программами анализа изображений.

Цели 3D реконструкции:

- показать объемное и более наглядное изображение анатомической области;

- объективно документировать результаты с сохранением данных на соответствующих электронных носителях;
- выявить зависимость между клиническими и визуализируемыми на компьютерных томограммах морфологическими проявлениями травмы для установления по ним тяжести причиненного пострадавшему вреда здоровью;
- с помощью 3D-реконструкций при КТ можно визуализировать, например, костную травму черепа, травму позвоночника. Иногда небольшие переломы затруднительно диагностировать по аксиальным сканам и реформациям в различных плоскостях. На 3D-изображениях выявить перелом костей свода черепа, переломы остистых отростков, дуг позвонков проще – ввиду наглядности картины.

Определившись с локализацией патологических изменений, можно затем подробнее изучить их на тонких срезах. Трехмерные КТ-реконструкции позволяют составить объемную картину взаимного расположения отломков при переломах, что затруднительно при анализе аксиальных сканов или рентгенограмм.

Существует ряд программ для анализа КТ-грамм. Многие производители программ предлагают пробный – 30-ти дневный период использования.

Одна из доступных и удобных программ для использования в практической деятельности врачами судебно-медицинскими экспертами Radiant Viewer. Сайт разработчика - <http://www.radiantviewer.com>.

Работа в указанной программе настолько удобна и проста, что позволяет проводить виртуальные срезы костей на различных уровнях и в различных плоскостях.

#### Выводы

При 3D-реконструкции наглядно выявляются характер повреждений, механизм их формирования, направление воздействия травмирующей силы, признаки остаточной деформации, а также давность образования переломов костей, что позволяет проще проводить экспертную оценку тяжести причиненного вреда здоровью.

Кроме того морфологические изменения, выявляемые на компьютерных томограммах при переломах костей полностью соответствуют изменениям, выявляемым при макроскопическом судебно-медицинском исследовании трупов.

Качественно оформленные иллюстрации могут оказать помощь не только судебно-медицинским экспертам, но и представителям органов следствия, когда им необходимо оценить в совокупности все имеющиеся повреждения, их пространственную ориентацию и понять насыщенные медицинскими терминами экспертные выводы.

Таким образом, метод 3D-реконструкции изображений, полученных в ходе производства компьютерной томографии, является современным, высокоинформативным, широко распространенным и общедоступным методом инструментальной диагностики при любых видах костной патологии, что позволяет использовать его для объективизации повреждений костей у живых лиц.

На основании вышеизложенного рекомендуем:

1. врачам судебно-медицинским экспертам использовать метод 3D-реконструкции при оценке повреждений костей;
2. рассмотреть возможность приобретения и использования лицензионного программного обеспечения для установки на персональные компьютеры в филиалы и отделения Бюро судебно-медицинской экспертизы.

#### Список литературы

1. Федеральный Закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный Закон от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
3. Приказ МЗиСР РФ № 346н от 12.05.2010 г. «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
4. «Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденные Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 г. № 522.

5. Травматология: национальное руководство/ под ред. акад. РАМН Г.П. Котельникова, акад. РАН и РАМН С.П. Миронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 - 808 с.
6. [Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи \(по материалам судебно-медицинских комиссионных экспертиз\)](#) Тягунов Д.В. / Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГУ "Российский центр судебно-медицинской экспертизы". Москва, 2010

**СЕКЦИЯ №39.**

**ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)**

**СЕКЦИЯ №40.**

**ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)**

**СЕКЦИЯ №41.**

**ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)**

**СЕКЦИЯ №42.**

**УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)**

**СЕКЦИЯ №43.**

**ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)**

**СЕКЦИЯ №44.**

**ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ВЫПОЛНЕНИЯ  
МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ  
ПРЯМОЙ КИШКИ**

**Абдикаримов А.М., Сабербеков С.О., Омаров Н.Б.**

ГКП на ПХВ «Онкологический центр» г. Астана,  
Медицинский университет Астана,  
Государственный Медицинский Университет, г. Семей

По прогнозам ВОЗ заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 года во всем мире увеличатся в 1,5- раза. При этом смертность от онкологических заболеваний в Казахстане занимает второе место в структуре смертности населения. Ежегодно от рака в нашей стране умирает порядка 17000 человек, из которых 42%- лица трудоспособного возраста. При этом в 2013 году злокачественные новообразования прямой кишки в структуре заболеваемости составили 4,3% [4,5].

Современной концепцией лечения рака прямой кишки является мультидисциплинарный подход, включающий хирургические, лучевые и лекарственные методы. Однако, основным и, в значительной мере, определяющим эффективность лечения в целом, является хирургический метод [2]. При этом важным является качество выполненной мезоректумэктомии, так как в мезоректальной клетчатке расположены лимфатические узлы, в которых, как правило, имеются метастазы опухоли. При слепом, ручном выделении часть мезоректума может отрываться и остаться в малом тазу, что, в большинстве случаев, приводит к возникновению, так называемых «сателлит-метастазов», частота которых может достигать 25% [3].

**Цель исследования.** Целью настоящей работы является улучшение непосредственных послеоперационных результатов и показателей общей канцер специфической, безрецидивной выживаемости рака прямой кишки (РПК) за счет совершенствования хирургического компонента лечения.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования послужили данные о 59 больных с злокачественными опухолевыми заболеваниями ниже-, средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки, ректосигмоидного отдела ободочной кишки различных стадий, которые лечились в хирургическом отделении Городского онкологического диспансера г. Астана с 1.01.2014г по 31.12.2014г (основная группа) и с 1.01.2008г. по 31.12.2010г. (контрольная группа). В основной группе оперативные пособия проводились путем острого выделение прямой кишки под контролем зрения в бессосудистой зоне между висцеральной фасцией (собственной фасцией) прямой кишки и париетальной фасцией таза («holy plane» по R.J. Heald) [1]. В контрольной группе использовался прием «лодочка» (слепое, ручное выделение).

В первой группе было 30 человек: 13 мужчин и 17 женщин, во второй группе 29 пациентов: 18 мужчин, и 11 женщин ( $X^2=0,37$ - мужчины;  $X^2=0,26$ - женщины). Возраст больных в первой группе от 38 до 85 лет, средний возраст 62года, в контрольной группе от 28 до 79 лет, средний возраст 59 лет ( $p=0,4$ ).

Степень гистологической дифференцировки, а так же локализация опухоли является важным фактором прогноза заболевания. Распределение больных по данным характеристикам представлены в таблице 1 и 2.

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от гистологической структуры опухоли

Гистология	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=29)		$X^2$
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Высокодифференцированная Аденокарцинома	5	16,7	6	20,7	0,76
Умереннодифференцированная Аденокарцинома	22	73,3	19	65,5	0,06
Низкодифференцированная Аденокарцинома	2	6,7	3	10,3	0,65
Недифференцированный рак	1	3,3	1	3,5	1

Таблица 2. Распределение больных в зависимости от локализации опухоли (расстояние от ануса)

Локализация опухоли	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=29)		$X^2$
	Абс. число	%	Абс. число	%	
0-6 см	13	43,2	10	34,5	0,53
7-11см	10	33,4	10	34,5	1
12 и более	7	23,4	9	31	0,61

Таким образом, между двумя группами достоверных различий нет.

Операцию начинаем с рассечения париетальной брюшины вдоль левого латерального канала по линии Тольдта, при этом для диссекции тканей применяем монополярную электрокоагуляцию в режиме резания и коагуляции. Данная методика позволяет попасть непосредственно в эмбриональный бессосудистый, межфасциальный слой. Таким образом мобилизуется нисходящая ободочная и сигмовидной кишка, с идентификацией верхнего гипогастрального сплетения, парааортальной лимфаденэктомии. Затем рассекаем брюшину по медиальному краю. Острым путем выделяем и скелетизируем нижнебрыжеечную артерию, при этом диссекцию указанного сосуда производим на расстоянии от 0,5 см от устья, с целью сохранения преаортального верхнего гипогастрального сплетения. Лигирование и перевязку осуществляем на данном уровне либо дистальнее отхождения левой ободочной артерии. На наш взгляд, не рекомендуется высокая перевязка артерии у лиц преклонного возраста, а так же пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, коагулопатиями, с целью профилактики нарушения микроциркуляции и краевого

некроза. Лигируем и пересекаем нижнюю брыжеечную вену у нижнего края поджелудочной железы. Данный прием позволяет низвести нисходящий отдел толстой кишки, а так же оксигенизировать венозную кровь краевых вен, что дает лучшие условия для заживления будущего анастомоза. Пересечение сигмовидной кишки осуществляется на уровне 10,0-15,0 см проксимальнее верхнего полюса опухоли.

Приступаем к выделению прямой кишки по задней поверхности, которое заключается в межфасциальной препаровке в дистальном направлении до тазового дна и до полного отслоения от пресакральной фасции мезоректум. Выделяем боковые поверхности мезоректум (справа и слева), при этом гемостаз электрокоагуляцией удается достигнуть без перевязки средней прямокишечной артерии. На данном этапе важно сохранить правый и левый гипогастральные нервы. При выделении передней стенки прямой кишки иссекаем брюшину брюшино- промежностного апоневроза выше на 0,5-0,7 см, оставляя часть ее (собственно Дугласов карман) на препарате, продолжаем диссекцию в рыхлом слое между фасцией Денонвилле, покрывающей семенные пузырьки, у мужчин, либо влагалище у женщин и собственной фасцией прямой кишки. Выделение прямой кишки в «Holy plane» завершаем у тазового дна, когда отчетливо определяем кишечную «шею» – участок прямой кишки, лишенный мезоректального покрова. На данном участке культю прямой кишки формируем при помощи аппарата «Contur», который позволяет одновременно прошить и пересечь участок кишки с опухолью. В некоторых случаях, за неимением данного аппарата, возможно применение УКЛ 60. Можно воспользоваться приемом, когда ассистент давит кулоком на промежность, что создает дополнительные благоприятные условия для формирования культи. Так же обязательно после фиксации аппарата, до прошивания, оператор должен проверить нет ли интерпозиции влагалища. Через анальный канал промываем культю прямой кишки раствором Повидона. Это необходимо с целью абластики, а так же данный способ помогает установить несостоятельность аппаратного шва культи. Последним этапом формируем колоректальный анастомоз с помощью циркулярных сшивающих аппаратов. Состоятельность анастомоза так же проверяется водной пробой. При операции в объеме брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки важно пересечение мышц тазового дна, у края костей таза. Таким образом не создается "талиа", что так же является обязательным условием радикальности выполняемой операции.

**Результаты.** Без осложнений ранний послеоперационный период протекал у 49 больных, в то время как осложнения возникли у 10 (20%) пациентов (табл.3). Из них у пациентов основной группы лишь у 4-х больных, а у сравниваемой группы у 6-ти оперированных, при этом во второй группе у одних и тех же пациентов имели место 2-3 осложнения.

Таблица 3. Осложнения оперативного вмешательства в зависимости от метода операции.

Осложнения	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=29)
Непроходимость	0	3
Свищ	1	2
Эвентерация	0	3
Кровотечение	1	1
Несостоятельность	1	2
Нагноение послеоперационной раны	0	2
Некроз сегмента кишечника	0	1
Некроз стенки мочеочника	1	0

p=0,02

Немаловажную роль для сравнения двух способов оперативного вмешательства, а так же на послеоперационное течение играет и продолжительность оперативного вмешательства, длительность нахождения больного в стационаре после операции, объем кровопотери и объем трансфузии крови. Анализирую данный вопрос установлено, что оперативные вмешательства с использованием "новой" техники, статистически достоверно: не удлиняет время оперативного вмешательства, уменьшает кровопотерю, уменьшают длительность пребывания пациента в стационаре.

Таблица 4. Время оперативного вмешательства.

Время, мин	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=29)
Минимум	100	105

Максимум	285	325
Среднее	173	186

p= 0,15

Таблица 4. Кровопотеря.

Объем, мл	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=29)
Минимум	180	150
Максимум	1500	2250
Среднее	379	453

p= 0,04

Таблица 5. Койко- дни после операции.

Койко- дни	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=29)
Минимум	7	10
Максимум	32	48
Среднее	15	20

p= 0,03

Таблица 6. Объем трансфузии

Наименование среды	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=29)		p=
	среднее, мл	всего, мл	среднее, мл	всего, мл	
Красная кровь (ЭМ, ЭВ, ОЭ).	808	4040	657	6570	0,14
Криопреци-питат	0	0	64,6	323	0,0001
СЗП	383	1150	658	1973	0,009

**Заключение.** Применение острого межфасциального выделения мезоректальной клетчатки под контролем зрения в бессосудистой зоне при опухолях прямой кишки, и ректосигмоидного отдела улучшает непосредственные результаты, при этом достоверно снижая количество послеоперационных осложнений, послеоперационное пребывание больного в стационаре, количество кровопотери, объем гемотрансфузии, при этом не удлиняя время операции.

#### Список литературы

1. Heald R.J., Moran B.J., Ryall R.D., Sexton R., MacFarlane J.K. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997// Arch Surg. 1998 Aug;133(8):894-9.
2. Heald R. J. , Husband E. M. and Ryall R. D. H. The mesorectum in rectal cancer surgery—the clue to pelvic recurrence?// British Journal of Surgery Volume 69, Issue 10, pages 613–616, October 1982
3. van Gijn W, Marijnen CA, Nagtegaal ID, Kranenbarg EM, Putter H, Wiggers T, Rutten HJ, Pahlman L, Glimelius B, van de Velde CJ; Dutch Colorectal Cancer Group. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer: 12-year follow-up of the multicentre, randomised controlled TME trial.//Lancet Oncol. 2011 Jun;12(6):575-82. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70097-3. Epub 2011 May 17.
4. Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012- 2016 годы.- С. 50-51.
5. УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015 годы.

## СЕКЦИЯ №45.

### ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)

#### ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Елсукова О.С., Ширяева Ю.А., Семенова О.Д., Никитина Е.А.

(Елсукова О.С. ассистент кафедры внутренних болезней КГМУ, к.м.н., заведующая эндокринологическим отделением Кировской клинической больницы №7, РФ, г. Киров;  
Ширяева Ю.А. студентка Кировского ГМУ; Семенова О.Д. студентка Кировского ГМУ;  
Никитина Е.А. аспирант кафедры внутренних болезней, КГМУ)

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России

#### Введение

В настоящее время сахарный диабет (СД) 2 типа является весьма распространённым заболеванием. Численность пациентов, страдающих от этой патологии неуклонно растёт. Сахарный диабет 2 типа занимает 5 место в мире, источники аргументируют это тем, что в развитых странах от СД умирают 8–9% населения [1, 2, 3]. Снижается качество их жизни, а симптомы заболевания доставляют значительные неудобства. Кроме того, у пациентов развиваются тяжелые коморбидные патологии и осложнения, такие как ретинопатия, ангиопатия, полинейропатия, диабетическая стопа [4]. Несмотря на то, что существует достаточное количество препаратов, действие которых направлено на поддержание необходимого уровня глюкозы крови, большая часть пациентов не достигает компенсации, поэтому необходимы новые более эффективные методы и препараты.

#### Цель

Оценить возможности эффективного контроля гликемии у пациентов СД типа 2 с использованием нового базального аналога инсулина сверхдлительного действия деглудек не достигших целевых уровней гликемии на предшествующей комбинированной сахароснижающей терапии (ССТ) в условиях повседневной клинической практики.

#### Таблица 1

Исходные демографические и клинические характеристики включенных в исследование пациентов с СД2.

Параметр	Среднее ± СО или Ме [25%; 75%]
Возраст, лет	60 [52; 62]
Пол (м/ж)	10/14
Ожирение (ИМТ > 30 кг/м <sup>2</sup> )%	70,8
САД мм рт. ст.	135 [120; 137]
ДАД мм рт. ст.	86 [80; 90]
Длительность диабета, лет	11 [10; 12]
HbA <sub>1c</sub> , %	8,2 [7,4; 9,6]
ГПН, ммоль/л	7,8 [6,2; 9,2]
ППГ, ммоль/л	10,5 [9; 14,2]

ИМТ – индекс массы тела; САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ГПН – глюкоза плазмы натощак; ППГ – постпрандиальная глюкоза плазмы.

### **Материалы и методы**

Исследование выполнено в амбулаторных условиях в КОГБУЗ ККБ №7 Региональный эндокринологический центр. В анализ включены пациенты с СД<sub>2</sub>, получавшие ранее комбинированную с базальным инсулином (преимущественно гларгин) сахароснижающую терапию, но не достигшие индивидуальных целей гликемического контроля на фоне терапии, которые были переведены на базальный инсулин сверхдлительного действия деглудек. Основаниями для назначения инсулина деглудек были СД<sub>2</sub> и отсутствие достижения индивидуальных целей гликемического контроля на фоне проводимой комбинированной терапии. Для оценки состояния углеводного обмена исследовался уровень гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>), гликемия натощак (ГПН) и через 2 часа после еды (ППГ). Дополнительно исследовались уровни аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), креатинина, липидограмма (общий холестерин, триглицериды, холестерин ЛПВП и ЛПНП. Критериями исключения, в соответствии с инструкцией по медицинскому применению инсулина деглудек, были: возраст моложе 18 лет, беременность, кормление грудью, серьезные гематологические и биохимические отклонения.

Были отобраны 24 пациента с СД<sub>2</sub> (10 мужчин и 14 женщин), удовлетворяющих критериям включения и исключения. Исходные демографические и клинические характеристики пациентов представлены в таблице 1. У исследуемых наблюдалась артериальная гипертензия (22 пациента (91,2%)), ишемическая болезнь сердца (4 (16,7%)), хроническая болезнь почек (7 (29,2%)).

Исходно все больные получали базальный инсулин с пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) в средние – терапевтических дозах (18 пациентов – 1 ПССП, 5 – 2 ПССП и 1 – 3 ПССП). Длительность инсулинотерапии составила 4 [2; 6] года в средней дозе 34 [28; 43] Ед. Все пациенты были переведены на инсулин деглудек. Средняя начальная доза составила 31 Ед с последующей ее титрацией на основании глюкозы плазмы натощак (ГПН). Пероральная терапия не менялась. В период титрации инсулин деглудек вводился в одно и то же время между ужином и отходом ко сну. После достижения целевого уровня HbA<sub>1c</sub> допускалось гибкое введение препарата деглудек (с интервалом между введениями  $\geq 8$  ч). Период лечения составил 24 недели, средняя доза к концу лечения составила 50 [46; 62] Ед. Оценивали динамику HbA<sub>1c</sub>, уровня ГПН, глюкозы плазмы через 2 часа после завтрака (ППГ) и частоту гипогликемий.

### **Статистический анализ**

Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ BIOSTAT 9.0 for Windows. Статистическую значимость определяли с помощью критерия Манна – Уитни и отношения шансов, статистически значимым считали различия при  $p < 0,05$ . Результаты представлены в виде Me (Q25; Q75).

### **Результаты**

Через 24 недели лечения компенсация углеводного обмена (HbA<sub>1c</sub> < 7,0%) достигнута у 14 пациентов (58,2%). Средний уровень HbA<sub>1c</sub> снизился с 8,2% [7,4; 9,6] до 7,1% [6,8; 7,9] ( $p=0,0006$ ), то есть в среднем изменение уровня HbA<sub>1c</sub> составило 1,1%. Средний уровень ГПН снизился на 1,9% ммоль/л (с 7,8 [6,2; 9,2] до 5,9 [4,7; 6,6] ( $p=0,01$ )). Средний уровень ППГ снизился с 10,5 ммоль/л [9,4; 14,2] до 7,1 ммоль/л [6,8; 7,9] ( $p=0,001$ ). Вариабельность гликемии снизилась с 3,3 ммоль/л [2,1; 4,5] до 2,9 ммоль/л [2; 3,1] ( $p=0,007$ ). Имелась тенденция к улучшению профиля липидов крови, что проявлялось в снижении общего уровня холестерина с 4,5 ммоль/л [3,8; 5,1] до 3,95 ммоль/л [3,2; 5,0] ( $p=0,04$ ), триглицеридов с 2,08 ммоль/л [1,5; 3,9] до 1,78 ммоль/л [1,25; 2,23] ( $p=0,05$ ).

За период наблюдения гипогликемии зарегистрированы не были. Не выявлено статистически значимого изменения массы тела. Уровень АД во время всего периода наблюдения значимо не изменялся. Все пациенты переносили терапию инсулином деглудек.

### **Обсуждение**

В клинической практике ведения пациентов СД типа 2 инсулинотерапия является одним из вариантов интенсификации ССТ. Наиболее частым вариантом старта инсулинотерапии является инсулин базального действия. Но, даже назначение инсулина не всегда приводит к стойкой компенсации углеводного обмена и причиной этому являются ряд «барьеров», таких как страх гипогликемий и вытекающие из этого недостаточные дозы инсулина, отсутствие возможности гибкого режима введения инсулина, прибавка веса. [5,6]. Включенные в данное исследование пациенты получали комбинированную с базальным инсулином терапию в течение 4 [2; 6] лет в средней дозе 34 [28; 43] Ед. Через 6 месяцев наблюдения средняя доза

инсулина деглудек составила 50 [46; 62] Ед, что свидетельствует о адекватной титрации дозы инсулина. Причем активная титрация инсулина не сопровождалась увеличением количества гипогликемий. Так же выявлено снижение вариабельности гликемии. Таким образом, в нашем исследовании в реальной клинической практике подтверждены данные клинических исследований инсулина деглудек. В которых показано, что инсулин деглудек взаимодействуя с инсулиновыми рецепторами, оказывает фармакологические эффекты аналогично эффектам человеческого инсулина, но при этом имеет улучшенный профиль безопасности в части снижения риска гипогликемий [5,6]. Применение этого препарата оказалось более эффективным для большинства пациентов, которые были длительно декомпенсированы, получая комбинированную с другими видами базальных инсулинов терапию.

#### **Выводы**

- Назначение инсулина деглудек является эффективным и безопасным у полиморбидных пациентов с СД2, не достигших целевых значений гликемического контроля на предшествующей комбинированной с базальным инсулином сахароснижающей терапии.
- На фоне применения инсулина деглудек наблюдается снижение колебаний вариабельности гликемии, не зафиксировано гипогликемических состояний.
- Терапия инсулином деглудек у пациентов с ожирением не приводит к увеличению веса. Она также является нейтральной в плане липидного профиля и АД.

#### **Список литературы**

1. Botnariu G, Bulgaru-Iliescu D. Determinant factors of cardiovascular mortality in type 2 diabetic patients: literature review. Rom J Leg Med. 2010;18(4):309-314. doi: 10.4323/rjlm.2010.309, [1]
2. Hermansen K. A 26-Week, Randomized, Parallel, Treat-to-Target Trial Comparing Insulin Detemir with NPH Insulin as Add-On Therapy to Oral Glucose-Lowering Drugs in Insulin-Naive People with Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2006;29(6):1269–1274, [4]
3. Palumbo PJ, Elveback LR, Chu CP, et al. Diabetes mellitus: incidence, prevalence, survivorship, and causes of death in Rochester, Minnesota, 1945-1970. Diabetes. 1976;25(7):566-573. doi: 10.2337/diab.25.7.566, [3]
4. Ratner RE, Gough SC, Mathieu C, et al. Hypoglycaemia risk with insulin degludec compared with insulin glargine in type 2 and type 1 diabetes: a pre-planned metaanalysis of phase 3 trials. Diabetes Obes Metab. 2013;15(2):175-184. doi: 10.1111/dom.12032, [5]
5. Дедов И.И., Шестакова М.В. Инсулин деглудек – новый аналог инсулина сверхдлительного действия // Сахарный диабет. – 2014. – Т. 17. – №2 – С.91- 104. [Dedov II, Shestakova MV. Insulin degludec is a new ultra-long-acting insulin analogue. Diabetes mellitus. 2014;17(2):91-104. (In Russ.)] doi: 10.14341/DM2014291-104, [6]
6. Мировая статистика здравоохранения 2012. Доклад ВОЗ. 2013, 1-180. Доступно по ссылке: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/8/9789244564448\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/8/9789244564448_rus.pdf) [World health statistics 2012. The report. 2013:1-180. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/8/9789244564448\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/8/9789244564448_rus.pdf) (In Russ.)], [2]

#### **СЕКЦИЯ №46.**

#### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)**

**СЕКЦИЯ №47.  
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)**

**СЕКЦИЯ №48.  
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)**

**СЕКЦИЯ №49.  
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)**

**ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РФ.  
ПЕРЕХОД К ДОСТОЙНОЙ АЛЬТЕРНАТИВЕ**

**Слюсар О.И., Романова А.М.**

Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет  
«Реавиз» филиал г. Москва

Фармацевтический рынок является одним из самых динамично развивающихся в мире. Сегодня Правительство РФ уделяет ему особое внимание, поскольку необходимо поддерживать отечественного производителя. Согласно федеральной программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации», к 2020 году 90% стратегически значимых лекарственных средств должны составить лекарства, произведенные на территории России. А для этого необходима модернизация и обновление 75% фармацевтических и медицинских учреждений.

Стратегической целью импортозамещения на отечественном фармацевтическом рынке как инфраструктурной подсистемы экономики со свойственной ей экономической средой взаимодействия производителей, потребителей и посредников является удовлетворение потребности населения в лекарственном обеспечении в условиях рыночной конкуренции.

В этой связи окончательный процесс перехода российских производителей на международные [стандарты GMP](#), а также тренды на локализацию производства в РФ зарубежных компаний будут способствовать развитию отечественной фармацевтической промышленности.

На развитие фармацевтического рынка существенное влияние оказывает также изменяющееся законодательство. В настоящее время участники рынка уже осведомлены о законодательных изменениях, направленных в первую очередь на уменьшение доли импортных ЛП на российском рынке и поддержку отечественных производителей (в частности, в оптовом секторе - это Постановление Правительства Российской Федерации от 30.11.2015г. №1289 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд»). Законодательные инициативы связаны как с ужесточением доступа зарубежных лекарственных препаратов на российский рынок, так и непосредственно с поддержкой отечественного производителя.

При этом участники фармрынка отмечают, что некоторые механизмы государственного регулирования фармацевтической отрасли, например, система регулирования государственных закупок и защита интеллектуальной собственности, нуждаются в совершенствовании; поскольку отечественные производители не готовы к резкому наплыву объемов производства, а также требуется время для получения утвержденных постановлением и поправками документов на выпускаемые препараты (например, ТС 1 – документ, в котором указывается не только страна происхождения товара, но и подтверждается, что упаковка и контроль качества также произведены в России).

В целом можно говорить о высокой скорости происходящих законодательных изменений в фармацевтической отрасли.

В розничном сегменте фармацевтического рынка, также прослеживается желание покупателей сэкономить денежные средства, приходя в аптеку. Чаще звучат вопросы о стоимости препаратов и их замене на более дешевые аналоги. Но зачастую, не получив консультации квалифицированного специалиста или простого и уверенного ответа, посетитель уходит без покупки.

Считается, что для обеспечения максимальной эффективности лечения, пациент должен на всех его этапах получать полную информацию о всех торговых наименованиях лекарства, которые возможны к применению в рамках назначенного ему международного непатентованного наименования (МНН) для выбора наиболее оптимального препарата с позиции цена - качество.

Но, к сожалению, не всегда пациент получает информацию о торговых наименованиях от врача, поэтому, приходя в аптеку, полагается на помощь специалиста (фармацевта, провизора, консультанта). Зачастую, специалист аптеки является главным помощником пациента в получении эффективного лечения за разумные средства.

Но в современном многообразии выбора в рамках одного МНН и присутствующих в аптеке торговых марок, не всегда оказывается просто предложить оптимальное решение покупателю. Из предложенных лекарств разных ценовых категорий, дорогой бренд может быть отвергнут покупателем по финансовым причинам, а дешевый препарат часто вызывает сомнения в его качестве. Поэтому, оптимальным вариантом могут служить препараты Российских брендов, сочетающих в себе качество от надежного производителя и доступную стоимость, таких как Акрихин, ПАО «Фармстандарт», ЗАО «Канонфарма продакшн» и др.

Благодаря расширению отечественного производства дженериков и выходу на рынок недорогих российских препаратов, в ближайший год доля зарубежной продукции на российском фармрынке в натуральном выражении снизится. Согласно торговой политике на фармацевтическом рынке в России и следуя федеральной программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации», уже в первой половине 2016 года российские лекарства составили 71,6% из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Данные коррелируют с планами отечественных предприятий о расширении производства: большинство фармацевтических компаний России планирует в ближайший год вывести на российский рынок новые лекарственные препараты, многие фармкомпании также запланировали на ближайшие годы строительство нового производства на территории РФ. Это повлияет на увеличение объемов производства российских фармацевтических компаний и, как следствие, уменьшение доли импортной продукции на отечественном рынке в натуральном выражении.

Как показывают прогнозы, сделанные аналитиками компании Deloitte к 2020 г. объемы продаж продукции изменятся незначительно и практически не окажут влияние на занимаемую позицию. Рост российского фармацевтического рынка развивается медленнее, по сравнению с ожиданиями и прогнозами. За последние 5 лет прирост составил 1 трл. 250 млрд. рублей. В натуральном выражении наименьший прирост показал коммерческий рынок лекарственных препаратов.

Многие иностранные компании планируют совместные проекты с российскими организациями, что увеличит долю инвестиций в отрасль. В целом, подобные вложения должны благотворно повлиять на фармацевтический рынок России.

В то же время, изменить ситуацию в лучшую сторону можно за счет оптимизации расходов. Сегодня выделяют три главных способа оптимизации расходов на отечественном фармацевтическом рынке:

- оптимизация бизнес - процессов;
- оптимизация расходов на персонал;
- оптимизация затрат на продвижение продукции и маркетинг.

Особенность маркетинговой деятельности на фармацевтическом рынке заключается в целенаправленном формировании организационных маркетинговых форм развития (оптовых поставщиков - дистрибьюторских компаний и представителей производителей; розничных поставщиков - аптек, аптечных киосков, аптечных пунктов), которые позволяют удовлетворять потребность населения в лекарствах независимо от уровня его платежеспособности.

На внутреннем рынке к завершению программы должно быть не менее 50 % отечественных лекарств, а в Перечне ЖНВЛП их доля должна составить не менее 90 процентов.

В результате в России появляется все больше современных производств, которые могут обеспечивать население высококачественными и доступными лекарственными препаратами и

медицинскими изделиями; выросло и производство по отдельным видам медизделий - это медицинская одежда, наборы реагентов, антисептические салфетки, полимерные контейнеры для биопроб, комбинированные лабораторные холодильники, хирургические иглы, имплантаты для остеосинтеза и многие другие.

Для достижения целей по импортозамещению, заложенных в государственной программе целесообразно:

- стимулировать иностранных производителей к переходу на использование производства полного цикла путем предоставления различных льгот и преференций, в том числе налоговых, а не путем установления дополнительных ограничений и запретов;

- дальнейшее ограничение или запрет на участие иностранных (нелокализованных) производителей в сфере государственных закупок;

- государственная поддержка российских производителей путем предоставления субсидий и различных льгот / преференций (в том числе в сфере государственных закупок), а также увеличение инвестиций в российские инновационные фармацевтические производства.

#### **Список литературы**

1. Лин А.А., Фармацевтический рынок: сектор научных исследований и разработок // Проблемы современной экономики. – 2015. – №3. – С. 327-332
2. Оптимизация затрат и вывод на рынок новых лекарственных средств – приоритетные сценарии развития фармацевтической отрасли России в 2016 году// Делойт. – 2016
3. PWC. Фармацевтическая и медико-биологическая отрасль – 2016. – URL : pwc.ru
4. Фармацевтический рынок России // DSMGroup. - 2016. – №8

#### **СЕКЦИЯ №50.**

#### **ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)**

#### **СЕКЦИЯ №51.**

#### **ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)**

#### **СЕКЦИЯ №52.**

#### **ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02)**

#### **СЕКЦИЯ №53.**

#### **ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)**

## ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2017 ГОД

### Январь 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы медицины в современных условиях»**, г. Санкт-Петербург

Прием статей для публикации: до 1 января 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 февраля 2017г.

### Февраль 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом»**, г. Новосибирск

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 марта 2017г.

### Март 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы современной медицины»**, г. Екатеринбург

Прием статей для публикации: до 1 марта 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 апреля 2017г.

### Апрель 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Актуальные проблемы и достижения в медицине»**, г. Самара

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 мая 2017г.

### Май 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы и перспективы развития медицины»**, г. Омск

Прием статей для публикации: до 1 мая 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июня 2017г.

### Июнь 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Проблемы медицины в современных условиях»**, г. Казань

Прием статей для публикации: до 1 июня 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июля 2017г.

### Июль 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«О некоторых вопросах и проблемах современной медицины»**, г. Челябинск

Прием статей для публикации: до 1 июля 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 августа 2017г.

#### Август 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Информационные технологии в медицине и фармакологии»**, г. Ростов-на-Дону

Прием статей для публикации: до 1 августа 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 сентября 2017г.

#### Сентябрь 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития»**, г. Уфа

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 октября 2017г.

#### Октябрь 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Основные проблемы в современной медицине»**, г. Волгоград

Прием статей для публикации: до 1 октября 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 ноября 2017г.

#### Ноябрь 2017г.

IV Международная научно-практическая конференция **«Проблемы современной медицины: актуальные вопросы»**, г. Красноярск

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 декабря 2017г.

#### Декабрь 2017г.

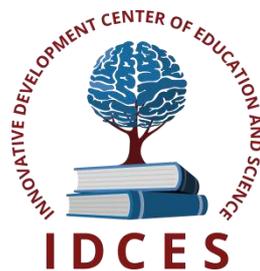
IV Международная научно-практическая конференция **«Перспективы развития современной медицины»**, г. Воронеж

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2017г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2018г.

С более подробной информацией о международных научно-практических конференциях можно ознакомиться на официальном сайте Инновационного центра развития образования и науки [www.izron.ru](http://www.izron.ru) (раздел «Медицина и фармакология»).

**ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ**  
**INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE**



**Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом**

**Выпуск IV**

**Сборник научных трудов по итогам  
международной научно-практической конференции  
(11 февраля 2017 г.)**

**г. Новосибирск**

**2017 г.**

Печатается в авторской редакции  
Компьютерная верстка авторская

Подписано в печать 10.02.2017.  
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 9,8.  
Тираж 250 экз. Заказ № 020.

Отпечатано по заказу ИЦРОН в ООО «Ареал»  
603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 58.