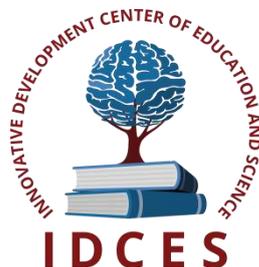


ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



Актуальные проблемы и достижения в медицине

Выпуск IV

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

г. Самара

2017 г.

Актуальные проблемы и достижения в медицине. / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 4. г. Самара, 2017. 116 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 IV Международной научно-практической конференции «**Актуальные проблемы и достижения в медицине**», г. Самара 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).

Оглавление

СЕКЦИЯ №1.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01).....8

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕНЩИН
С УТРАТОЙ ЛИБИДО НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ МАТКИ И ПРИДАТКОВ
Правдин Е.В. 8

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ
С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ
И ПРИДАТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА
Правдин Е.В. 9

ОСОБЕННОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСТАНА
Субанова А. И. 10

СЕКЦИЯ №2.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01).....13

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТУДЕНТОВ НижГМА
Курникова А.А., Эделева Н.К., Старцев А.А., Даутов Д.Р., Григорьева О.О.,
Шабанова М.А., Коротин Д.А., Большева А.А. 13

СЕКЦИЯ №3.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20).....16

СЕКЦИЯ №4.

БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03).....16

СЕКЦИЯ №5.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11).....16

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПРОГРАММЕ
ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯМИ
Бобкова С.Н., Зверева М.В., Исакова Ж.Т. 16

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ДУОДЕНИТОМ
Шепелева О.И. , Горячева Т.В. 18

СЕКЦИЯ №6.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04).....20

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И АЛКОГОЛЬ:
АКТУАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ
Иванова М.А., Пунин А.А., Ваулин С.В. 20

СЕКЦИЯ №7.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28).....24

ФАКТОРЫ РИСКА В ПИТАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
Фролова Т.И. 24

СЕКЦИЯ №8.

ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21).....26

СЕКЦИЯ №9.

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30).....26

СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	26
ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ У РАБОТНИКОВ СО СНИЖЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ	
Горбачев Д.О., Сазонова О.В., Фролова И.В.	26
ДЕЙСТВИЕ N-НИТРОЗАМИНОВ НА КЛЕТКИ ПЕЧЕНИ КРЫС	
Нуруев Э.А.	28
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	29
СЕКЦИЯ №12.	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	29
СЕКЦИЯ №13.	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	29
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ДАКЛИНЗА И СУНВЕПРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	
Романова Е.Б., Хоменко И.Ю., Грушко И.П., Титирян К.Р., Погосян Л.М., Дубина Н.В.	29
СЕКЦИЯ №14.	
КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)	31
ИЗУЧЕНИЕ РАННИХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО НЕФРОАНГИОСКЛЕРОЗА	
Фазлова И.Х., Усанова А.А., Гуранова Н.Н., Радайкина О.Г., Антипова В.Н.	31
СЕКЦИЯ №15.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)	34
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАСТУПЛЕНИЯ МЕНОПАУЗЫ	
Дуросова П.А., Ильин М.В.	34
СЕКЦИЯ №16.	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)	36
СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА В Г. ОШ	
Азимбаев Н. М., Абдыкайымов А.Т., Ешиев А.М.	36
ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	
Нуруев Э.А.	38
СЕКЦИЯ №17.	
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)	39
СЕКЦИЯ №18.	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)	39
ЭЛЕКТРОННЫЙ ПАРАМАГНИТНЫЙ РЕЗОНАНС И ИССЛЕДОВАНИЕ ИШЕМИИ СЕРДЦА	
Нуруев Э.А.	39
СЕКЦИЯ №19.	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	40
АДАПТИВНАЯ РОЛЬ ВОЗРАСТАНИЯ СЛОЖНОСТИ МЫШЛЕНИЯ	
Нуруев Э.А.	40

СЕКЦИЯ №20.	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	41
СЕКЦИЯ №21.	
МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)	41
СЕКЦИЯ №22.	
НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)	41
СЕКЦИЯ №23.	
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)	41
СЕКЦИЯ №24.	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)	41
СЕКЦИЯ №25.	
НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)	41
СЕКЦИЯ №26.	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)	41
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНО ЗАНЯТОЙ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Абдыкерова М.Т., Тулебаев К.А., Куракбаев К.К.	42
О БОЛЕЗНЕННОМ И ЗАДАЧАХ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Аппенянский А.И., Бойко Ю.П., Зуйкова Н.Л.	45
РЕАЛИЗАЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПОЛИТИКИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Задворная О.Л., Борисов К.Н.	47
IMPLEMENTATION OF EUROPEAN POLICY THE WORLD HEALTH ORGANIZATION IN THE CONSERVATION AND STRENGTHENING HEALTH OF CITIZENS IN THE RUSSIAN FEDERATION Zadvornaya O.L., Borisov K.N.	48
ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ СПЕЦИАЛИСТАМИ ЗДРАВООХРАЕНЕНИЯ Липатова Е.Л., Дубинский К.Л.	53
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЧАСТИ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Ушенин В.В.	58
СЕКЦИЯ №27.	
ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)	60
ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ АКТИВНОСТЬ L-МЕТИОНИН–γ-ЛИАЗЫ ИЗ <i>S. SPOROGENES</i> НА МОДЕЛИ МЕЛАНОМЫ В16 МЫШЕЙ Давыдов Д.Ж. ¹ , Романенко В.И. ¹ , Комарова М.В. ² , Манухов ³ И.В. ⁴ , Котова В.Ю. ⁴ , Завильгельский Г.Б. ⁴	60
СЕКЦИЯ №28.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)	63
СЕКЦИЯ №29.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)	63
СЕКЦИЯ №30.	
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)	63

ОСОБЕННОСТИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ ГОРОДА ТУЛЫ Бессмертная Л.Н., Кожевникова Т.Н., Александрова О.В., Анисимова Н.А., Савкина А.Н.	63
ЭКГ КАК ОТРАЖЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ Кожевникова Т. Н., Шелякова О. А.	69
СЕКЦИЯ №31. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	74
СЕКЦИЯ №32. ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06).....	74
СЕКЦИЯ №33. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)	74
СЕКЦИЯ №34. РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22).....	75
СЕКЦИЯ №35. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26).....	75
СЕКЦИЯ №36. СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)	75
К ВОПРОСУ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПОТЕНЦИАЛЕ МЕТОДОВ АНТИЧНОЙ МЕДИЦИНЫ: ИДЕИ ПЛАТОНА И СОВРЕМЕННОСТЬ Байтякова А. Е., Песоцкая Е.Н., Ивлиева Е. Н., Селезнёва Н.М.	75
СЕКЦИЯ №37. СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)	77
РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО ВОПРОСАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ Золотарева Л. А., Лавринович И.В., Орлов Д.А.	77
ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ЭТАПАХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ Линченко И.В., Бормотова А.У., Корнеева Ю.Д.	79
РОЛЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Лысенко Л.И., Маковецкая В.Д., Ерзинян К.Г., Кокова Ф.А., Закороева З.А.....	81
УРОВЕНЬ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИНГИВИТОМ Наумова М.Н.	83
ВЛИЯНИЕ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА КАЧЕСТВО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Смирнова Т.Н.	84
СЕКЦИЯ №38. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)	86
СЕКЦИЯ №39. ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)	86
СЕКЦИЯ №40. ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15).....	87
СЕКЦИЯ №41. ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24).....	87
СЕКЦИЯ №42. УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23).....	87

СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	87
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	87
БАУГИНОПЛАСТИКА – МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА Мартынов В.Л., Тулупов А.А.	87
СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	95
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	96
ВЛИЯНИЕ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИХ ПЕСТИЦИДОВ НА РОЖДАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ Дарбишев Э.П., Ешиев А.М.	96
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	99
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	99
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	99
ГАРМОНИЗАЦИЯ ФАРМАКОПЕЙНЫХ ТРЕБОВАНИЙ К ГЛАЗНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ФОРМАМ Антропова Г.А.	99
ОСОБЕННОСТИ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАТЕГОРИИ «ДЕТИ ВОЙНЫ» В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ Сучкова А.С., Дударенкова М.Р., Горбунова Е.С., Нигматуллина Ю.У., Хасанова Д.В., Коробов А.М.	103
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)	107
ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВОДНО-СПИРТОВЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ, ПРИГОТОВЛЕННЫХ НА ОСНОВЕ СЕМЯН ЧЕРНУШКИ ПОСЕВНОЙ Гурская Е. Ю. ¹ , Бакуреза Г.О.М. ² , Суслина С. Н. ²	108
РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ СУХОГО ЭКСТРАКТА ИЗ ОКОЛОПЛОДНИКОВ <i>STYRAX OFFICINALIS L.</i> МЕТОДОМ ЦИРКУЛЯЦИОННОЙ ЭКСТРАКЦИИ Хамама Зина, Хомик А.С., Суслина С.Н., Савосина А.А., Радева Д.В.....	110
СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	113
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02)	113
СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	113
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2017 ГОД	114

СЕКЦИЯ №1.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕНЩИН С УТРАТОЙ ЛИБИДО НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕМ МАТКИ И ПРИДАТКОВ

Правдин Е.В.

Отделение гинекологии Клиники Южно-Уральского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания матки и придатков, утрата либидо, лейкоцитарный состав крови, цитокины, функциональное состояние НГ.

ВВЕДЕНИЕ

Хронические воспалительные заболевания матки и придатков (ХВЗМП) относятся к числу наиболее распространенных форм генитальной патологии женщин и нередко характеризуются тяжелым течением с развитием многочисленных осложнений. Зачастую, ХВЗМП характеризуются нарушениями сексуальной функции, во многом связанными со снижением и утратой либидо. Причиной тому служат синдром тазовой боли, нейровегетативные расстройства, диспареуния. Особенно выраженное снижение либидо наблюдается на фоне обострения ХВЗМП.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

Представленная работа посвящена комплексному анализу иммуногематологических особенностей у женщин с выраженным снижением либидо на фоне обострений ХВЗМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для исследования было отобрано 124 женщины репродуктивного возраста, экстренно поступивших в гинекологическое отделение с диагнозом обострение хронического эндометрита, сальпингоофорита. В момент госпитализации в стационар у всех пациенток была проведена порядковая самооценка степени снижения либидо. Для решения этой задачи использовали последний регистр соматизированного кластера симптомов шкалы депрессии Бека (ШДБ) - «утрата либидо». В первую группу вошли пациентки без изменений в половой жизни или с незначительной утратой либидо (0 или 1 балл). Вторую группу составили женщины со значительной и полной утратой либидо (2 или 3 балла). В первые сутки нахождения в стационаре у всех 124 женщин было проведено комплексное унифицированного гематологического обследования, изучение функционального статуса нейтрофильных гранулоцитов. Выраженность цитокинемии оценивали по уровню интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) и фактора некроза опухолей- α (ФНО- α). Дополнительно в сыворотке крови определяли содержание иммуноглобулинов (Ig A, Ig M, Ig G) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Статистический анализ выполнен с использованием пакета прикладных программ SPSS-17.0.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение нарушений сексуальной функции по данным самооценки либидо выявило наличие значительной или полной его утраты (2 или 3 балла) у 27 человек (22%). У остальных 97 (78%) женщин отсутствовало нарушение полового влечения вообще, либо имело место незначительное его снижение (0 или 1 балл). Данный факт согласуется с представлениями о наличии причинно-следственных связей между хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза у женщин и сексуальными расстройствами. Углубленный анализ иммуногематологических показателей в сформированных группах продемонстрировал существенную зависимость лейкоцитарного состава крови, СОЭ, функционального состояния циркулирующих НГ и цитокинемии от степени снижения либидо. Наиболее высокие показатели СОЭ, относительного и абсолютного содержания лейкоцитов были отмечены в группе больных со значительной и полной утратой либидо. Кроме того, имело место превышение концентрации иммуноглобулинов, провоспалительных цитокинов и показателей функционального состояния НГ у больных второй группе по сравнению с пациентками 1-й группы. Это относится к таким показателям как уровень Ig M, ФНО- α и ИЛ-1 β , а также - фагоцитарная активность и фагоцитарное число НГ, и значения

спонтанного НСТ-теста. В целом, результаты межгруппового сопоставления позволяют рассматривать субъективную оценку снижения либидо при обострении ХВЗМП как прямое отражение выраженности СВО. Справедливость данного положения подтверждается результатами корреляционного анализа, результаты которого продемонстрировали существенную зависимость снижения полового влечения в интегральной совокупности обследованных женщин от показателей нейтрофильного лейкоцитоза ($r_s=0,25$, $p=0,006$) и СОЭ ($r_s=0,19$, $p=0,03$). Кроме того, было установлено, что снижение либидо нарастало по мере увеличения концентрации цитокинов: ФНО- α ($r_s=0,23$, $p=0,009$), ИЛ- 1β ($r_s=0,25$, $p=0,005$), активности фагоцитоза НГ ($r_s=0,24$, $p=0,006$), их фагоцитарного числа ($r_s=0,19$, $p=0,04$) и значений спонтанного НСТ-теста ($r_s=0,28$, $p=0,002$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом полученные результаты свидетельствуют о том, что утрата либидо при обострении ХВЗМП может рассматриваться как частное проявление общей закономерности течения воспалительного процесса, а именно - усугубляющегося нарушения функции по мере эскалации воспаления процесса, проявляющегося нарастанием иммуногематологических признаков системного воспалительного ответа

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ПРИДАТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

Правдин Е.В.

Отделение гинекологии Клиники Южно-Уральского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ключевые слова: обострение хронических воспалительных заболеваний матки и придатков, тревожно-депрессивные расстройства, системный воспалительный ответ

ВВЕДЕНИЕ

Хронические воспалительные заболевания матки и придатков (ХВЗМП) относятся к числу наиболее распространенных форм генитальной патологии женщин и нередко характеризуются тяжелым течением обострений с развитием многочисленных осложнений. Неблагоприятное протекание обострений ХВЗМП обусловлено эскалацией инфекционно-воспалительного процесса вплоть до гнойного перитонита и даже абдоминального сепсиса. Зачастую ХВЗМП связаны со спаечным процессом и трубно-перитонеальным бесплодием. Выраженный болевой синдром на фоне стойких нарушений фертильности, менструальной и половой функций формирует основу для развития нарушений эмоциональной сферы при обострениях ХВЗМП. То же самое касается системного воспалительного ответа (СВО), который рассматривается как общее патогенетическое звено соматической патологии и сопутствующих аффективных расстройств.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

Представленная работа посвящена изучению особенностей тревожно-депрессивных расстройств у больных с неосложненным обострением хронических воспалительных заболеваний матки и придатков в зависимости от лабораторных показателей системного воспалительного ответа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для исследования было отобрано 124 женщины репродуктивного возраста, экстренно поступивших в гинекологическое отделение с диагнозом обострение хронического эндометрита, сальпингоофорита. В первые сутки госпитализации в стационар у всех больных был проанализирован их аффективный статус. Изучение аффективных расстройств проводили с помощью шкалы самооценки тревоги Цунга (ШТЦ) и шкалы депрессии Бека (ШДБ). Оценка симптомов тревоги включала отдельный учет её психических и соматических проявлений с помощью соответствующих подшкал и последующее исчисление интегрального показателя ШТЦ. Анализ депрессивной симптоматики основывался на раздельной регистрации каждой из 21 категории симптомов и жалоб, предусмотренных ШДБ, с последующим расчетом интегрированных параметров когнитивно-аффективной и соматизированной симптоматики, а также суммарного показателя тяжести проявлений депрессии. О выраженности СВО судили по лейкоцитарному составу периферической крови, значениям СОЭ, функциональному состоянию нейтрофильных гранулоцитов (НГ), концентрации

провоспалительных цитокинов и белков «острой фазы» в сыворотке крови. Статистический анализ выполнен с использованием пакета прикладных программ SPSS-17.0.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ исходного состояния больных с обострением ХВЗМП выявил признаки расстройств аффективного статуса. Прежде всего, это касается депрессивной симптоматики, исходная выраженность которой у 90 пациенток (73%) соответствовала клинически значимому уровню (суммарный балл ШДБ \geq 12 баллов). Наиболее часто (63 женщины; 51%) тяжесть аффективных нарушений укладывалась в диапазон легкой депрессии (суммарный балл ШДБ=12-19 баллов. В 27 случаях (22%) выраженность депрессивной симптоматики соответствовала уровню среднетяжелой и тяжелой депрессии (суммарный балл ШДБ \geq 20 баллов). Проявления тревоги у больных с обострением ХВЗМП на момент поступления в стационар зависели от тяжести симптомов депрессии. Это проявилось прямой корреляцией суммарного балла ШДБ с общим показателем ШТЦ в интегральной совокупности больных ($r_s = 0,58$; $P < 0,001$). Тяжесть аффективных нарушений у женщин с обострением ХВЗМП существенно зависела от выраженности лабораторных проявлений СВО. Прежде всего, это касалось интегральной оценки проявлений тревоги, показатели которой прямо коррелировали с выраженностью лейкоцитоза и процентной долей палочкоядерных НГ, со всеми параметрами фагоцитарной реакции НГ, их НСТ-теста, концентрацией циркулирующих ИЛ-1 β и ФНО- α , а также значениями СОЭ ($r_s = 0,24 - 0,42$; $P = 0,007 - < 0,001$). Аналогичная, но менее выраженная закономерность касалась показателей тяжести депрессивной симптоматики ($r_s = 0,18 - 0,42$; $P = 0,05 - 0,005$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что обострение хронического эндометрита, сальпингоофорита в 73% случаев сопровождается развитием клинически значимой депрессивной симптоматики по данным шкалы депрессии Бека. Увеличение тяжести депрессивной симптоматики у больных с обострением хронического эндометрита, сальпингоофорита сопровождается нарастанием проявления тревоги по данным шкалы тревоги Цунга. Кроме того, тяжесть аффективных нарушений у женщин с обострением ХВЗМП существенно зависела от выраженности лабораторных проявлений СВО. Полученные данные вполне согласуются с современными представлениями о роли СВО в развитии аффективных расстройств при воспалительной патологии.

ОСОБЕННОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСТАНА

Субанова А. И.

Старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета Ошского
Государственного Университета, г. Ош, Кыргызская Республика

Акушерские кровотечения занимают одно из ведущих мест в ряду различных акушерских осложнений, возникающих во время беременности, родов и послеродовом периоде, и являются основной причиной материнской смертности во всем мире. Особенностью акушерских кровотечений является их внезапность и массивность. Кровотечения неблагоприятно влияют на организм матери, плода, новорожденного и сопровождается гемодинамическими нарушениями в системе мать-плацента-плод. Доказано что физиологически протекающая беременность сопровождается выраженными изменениями показателей центральной гемодинамики, вегетативного статуса и психоэмоционального состояния женщин.

Одним из наиболее частых и серьезных осложнений беременности родов и раннего послеродового периода является кровотечение. В структуре причин материнской смертности кровотечениям принадлежит одно из первых мест. Так, из 530 000 женщин, умирающих в мире в связи беременностью и родами, 200 000 умирают от кровотечения. По причине акушерских кровотечений каждые три минуты умирает одна женщина. Кровотечение во время беременности может возникать вследствие многих причин, некоторые представляют серьезную опасность. Причинами дородового кровотечения могут быть: кровотечение неясной этиологии в ранних сроках беременности, угрожающий или начавшийся выкидыш (до 12 недели), кровотечение после медицинского аборта, попытка криминального прерывания беременности (в любом сроке), предлежание или низкое прикрепление плаценты. Помимо этого, случайная травма или ушиб во время беременности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, патология отделения

в послеродовом периоде, гипо-и атонические состояние матки в раннем послеродовом периоде так же могут вызвать кровотечение у беременных женщин. Кровотечения у беременных женщин, как правило, приводят к появлению геморрагического шока, и сопровождаться нарушениями в свертывающей системе крови.

Цель исследования: Изучение влияния кровотечения на гемодинамические показатели женщин во время беременности, родов и послеродовом периоде в условиях высокогорья.

Материалы и методы исследования.

Для выполнения поставленных задач, нами проведено исследование женщин, проживающих в высокогорье Чон-Алайского района и беременных проживающих в городских условиях г. Ош. Для этого, всех исследуемых беременных женщин, проживающих и в высокогорье и в городских условиях, разделили на 3 равные группы: 1 группа - 30 женщин (здоровые), 2 группа - 30 женщин (с гипотонией) и 3 группа - 30 женщин (с гипотонией и анемией), и столько же беременных обследованы в г. Ош. Клиническое обследование проводилось по общепринятой схеме. Учитывали данные анамнеза, жалобы самих беременных женщин, анамнез жизни, проводились основные, специальные и дополнительные методы обследования. Наблюдение проводилось во время беременности, во время родов, в послеродовом периоде. Полученные результаты сравнивали и выявили разницу.

Результаты исследования и их обсуждение.

В условиях высокогорья кровотечения встречаются довольно часто, так как сдвиги функциональных систем, происходящие в организме под влиянием высокогорья и беременности, носят односторонний характер. Они связаны во-первых, с необходимостью приспособления к дефициту кислорода, а во-вторых, растущим в ходе беременности требованиями по жизнеобеспечению и развитию плода, с адаптацией материнского организма к условиям нового гомеостаза. У беременных женщин постоянно обитающих в горах, наблюдается изменение кислородно-связывающая функция крови, кривая диссоциации НВО₂ сдвигается влево, что способствуют обеспечению более высокой оксигенации крови плода.

Таблица 1. Кровотечение в 1 половине беременности.

Причины	Чон-Алай			г. Ош		
	1 группа	2 группа	3 группа	1 группа	2 группа	3 группа
Угрожающий выкидыш	4	3	7	2	2	4
Начавшийся выкидыш	3	4	2	1	1	1
Аборт в ходу	-	-	1	-	-	-
Не полный выкидыш	1	3	3	-	2	1
Полный выкидыш	1	1	2	-	1	-
Лихорадочный аборт	2	2	4	-	1	1
Шеечная беременность	-	1	1	-	1	-
Внематочная беременность	3	1	2	-	1	1
Пузырный занос	-	1	2	-	-	1
Полип цервикального канала	-	-	1	-	1	-

Таблица 2. Кровотечения во 2 половине беременности.

Причины	Чон-Алай			г. Ош		
	1 группа	2 группа	3 группа	1 группа	2 группа	3 группа
Предлежание плаценты:	-	-	-	-	-	-

а) Краевое	1	1	2	1		
б) Боковое	1	2	2	-	1	2
в) Центральное	1	2	3	-	1	1
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП).	-	-	-	-	-	-
а) Частичная	2	2	6	1	2	2
б) Полная	2	4	4	1	2	3

Таблица 3. Кровотечение во время родов.

Причины	Чон-Алай			г. Ош		
	1 группа	2 группа	3 группа	1 группа	2 группа	3 группа
Разрыв промежности	-	-	-	-	-	-
I степени	2	2	2	1	1	1
II степени	2	1	1			
III степени	1	-	-	-	-	-
Разрыв шейки матки	-	-	-	-	-	-
I степени	2	2	-	2	-	-
II степени	1	1	-	-	-	
III степени	1	-	-	-	-	
Разрыв матки	1	2		1	-	
а) Неполный	1	2	-	2	1	-
б) Полный	-	-	-	-	-	-
в) Насиль-ственный						
ПОНРП	2	3	3	1	2	1
Предлежание плаценты	2	4	3	1	3	2

Таблица 4. Кровотечения в послеродовом периоде.

Причины	Чон-Алай			г. Ош		
	1 группа	2 группа	3 группа	1 группа	2 группа	3 группа
Плотное прикрепление плаценты	3	2	1	2	1	-
Приращение плаценты	1	-		1	-	-
Гипотония матки	2	6	9	1	3	5
Атония матки	-	3	4	-	1	2

По результатам 1,2,3,4 таблиц выявлено, что наибольшая частота кровотечений наблюдались у 2 и 3 группы в обеих исследуемых зонах, однако у беременных женщин, проживающих в высокогорных условиях Чон-Алайского хребта, отмечается высокий процент кровотечений, по сравнению с беременными, проживающими в городских условиях г. Ош. Так, к примеру, кровотечение в I половине беременности у женщин с высокогорья составило - 61,1%, в то время как в г. Ош - 24,4%; кровотечение во II половине беременности - 38,8% в г. Ош - 18,8%; кровотечение во время родов - 33,3%, а в г. Ош - 21,1%;

кровотечение в послеродовом периоде - 34,4%, в г. Ош - 17,7%. Шоковый индекс почти во всех формах остается высоким, т.е. в высокогорных условиях индекс превышает нормальные показатели.

Основные причины кровотечения, в горных условиях, у беременных женщин – это климатическая особенность (неустойчивая погода, ветер, дождь, суровая зима); ЭГЗ (заболевание щитовидной железы, почек, анемия, гипотония). Кроме этого, из-за отсутствия транспорта, беременным женщинам приходится из одного поселка до другого добираться пешим ходом, 65% беременных женщин, вплоть до родов, занимаются коммерцией, поднимают тяжести и сидят на базаре, где нет условий для работы и отдыха.

Из акушерского анамнеза у обследованных II и III группы зарегистрирован высокий инфекционный индекс у – 37,2% женщин, а так же наличие гестоза у – 41,2% женщин. Из гинекологических заболеваний у женщин преобладали такие заболевания как, воспаление шейки матки - 35,7% случаев, воспалительные заболевания придатков - 27,3%, кровотечения в предыдущих родах - 30%, осложнение после кесарева сечения - 8,6%, невынашивание беременности - 9%, многодетность - 17%, эндемический зоб -31%, заболевание почек - 29,8%, гипотония - 37,3%, ЖДА - 32,6%.

Таким образом, кровотечение не является противопоказанием для беременности и родов. Беременные женщины в горах как правило, при проведении должных профилактических и лечебных мероприятий благополучно рожают без каких либо патологий. Но все-таки беременные с кровотечением относятся к группе риска повышенной перинатальной и материнской смертности. Для благополучного родоразрешения необходимо постоянное наблюдение врачами акушер-гинекологами за течением беременности и при необходимости своевременная госпитализация. Для этого нами был разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий направленных на изучение этиопатогенетических особенностей кровотечения и при уже возникшем кровотечении, оказание неотложной квалифицированной акушерской помощи во всех видах кровотечения.

Список литературы

1. Базылбекова З.З. Прогнозирование и профилактика акушерских кровотечений в группах риска // Автореф. дисс.. док. мед. наук. Алматы. - 2003. - 28 с.
2. Ищенко А. А., Современные органосохраняющие операции на матке при гипотонических кровотечениях в акушерстве. // Дисс.. канд. мед. наук.-М., 2007,-133 с.
3. Курцер М.А., Бреслав И.Ю. Истинное вращение плаценты. Новые подходы к терапии. // Материалы III регионального научного форума «Мать и дитя», Саратовская обл., Марковский р-н, 30 июня-2 июля 2009, с. 155-156.
4. Коломиец Л.В., Прогнозирование акушерских кровотечений в зависимости от аллельной принадлежности женщины по гену GРIІа // Дисс.. канд. мед. наук. М., 2005. - 129 с.
5. Лялина Е.А. Модель управления предотвратимыми факторами риска материнской смертности от акушерских кровотечений в современных условиях. // Дисс.. канд. мед. наук. -М., 2006. 125 с.

СЕКЦИЯ №2.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТУДЕНТОВ НижГМА

**Курникова А.А., Эделева Н.К., Старцев А.А., Даутов Д.Р., Григорьева О.О.,
Шабанова М.А., Коротин Д.А., Большева А.А.**

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

Работа является фрагментом НИР «Морфологические особенности и состояние здоровья студентов НижГМА» КТР 76.33.31 УДК 613.95/96 КМК 03.02.ТQ, проводимой кафедрой нормальной анатомии и кафедрой гигиены Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России.

Введение. На сегодняшний день среди задач, стоящих перед российским здравоохранением, одной из наиболее приоритетных является создание и реализация программ, несущих профилактическую

составляющую. Это отражено в разработанном Министерством здравоохранения РФ документе «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года», в котором научная платформа «Профилактическая среда» обозначена как приоритетное направление, реализация которого должна осуществляться на основе мониторинга общественного здоровья и факторов риска развития заболеваний, формирования профилактической среды, создания новых мониторинговых технологий для персональной диагностики состояния человека, а также тест-систем, ориентированных на выявление факторов риска [1, 3]. Данные антропометрии могут иметь большое значение для так называемой конституциональной диагностики (определение конституциональной предрасположенности и конституциональных особенностей течения заболевания) и для выявления антропометрических маркеров (признаков) риска [2, 4, 5].

Материалы и методы. Были обработаны данные 275 учащихся ФГБОУ ВО НижГМА, являющихся гражданами России (75 студентов – первая группа и 200 студенток - вторая группа). Определены средние значения (в сантиметрах) длины тела (стоя), длины туловища (разность высот верхнегрудинной и лобковой точек), длины руки (между латеральным краем акромиального отростка и кончиком среднего пальца), длины плеча (между латеральным краем акромиального отростка и головкой лучевой кости), длины предплечья (расстояние между головкой и дистальным эпифизом лучевой кости), длины кисти (между кончиком третьего пальца и дистальным эпифизом лучевой кости), длины ноги (расстояние от большого вертела бедра до основания стопы), длины голени (между проксимальным краем большеберцовой кости и дистальным краем медиальной лодыжки), длины стопы (между задним краем пятки и кончиком самого длинного пальца левой стопы), вертикальная досягаемость руки (вертикальное расстояние от пола до пальцевой точки третьего пальца максимально вытянутой вверх правой руки) и нижняя досягаемость руки (высота пальцевой точки третьего пальца от пола в опущенном положении). По фотографиям правой кисти было проведено исследование размеров кистей рук (длины первого-пятого пальцев, ширины кисти наибольшей, ширины кисти без учета первого пальца, диаметров ногтевых фаланг первого-пятого пальцев), для измерения параметров пользовались программой SPRuler © VRCP. Статистическая обработка полученных данных проведена в программе MS Excel 2007. Показатели представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое, σ – среднеквадратичное отклонение. Для определения силы и направления связей между признаками вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Средний возраст всех студентов составлял 20 ± 2 года. Определены следующие антропометрические параметры (таблица 1). Средний рост у юношей был 173-187 см при крайних значениях 165 см и 195 см, у девушек – 159-172 см (от 149 см до 197 см). Длина туловища составила от 26 до 55% от роста у студентов и от 23 до 52 % у студенток.

Длина всего тела превышала длину руки в 2,2-2,3 раза у всех респондентов. Длина руки у юношей была 76-85 см, у девушек – 69-77 см, разброс значений составил от 70 см до 93 см и от 61 см до 84 см соответственно.

У всех студентов длина плеча была меньше длины тела в 5 раз и длины руки в 2,3 раза. Длина плеча составила у юношей около 33-38 см, у девушек – 29-36 см (при крайних значениях в первой группе 28 см и 44 см и во второй группе – 24 и 54 см).

У всех обучающихся длина предплечья была в 6,4-6,6 раза меньше роста, в 2,9 раза меньше длины руки и в 1,3 раза меньше длины плеча. Длина предплечья у студентов была 25-32 см, у студенток – 22-28 см, разброс значений составил от 23 см до 48 см и от 20 см до 44 см соответственно.

У всех респондентов кисть была в 9 раз короче длины всего тела, в 4 раза меньше длины руки, в 1,8 раза меньше длины плеча и в 1,4 раза меньше длины предплечья. Длина кисти составляла 18,5-21,3 см у юношей и 17-19 см у девушек (при крайних значениях 17-23 см у студентов и 14-22 см у студенток). Длина первого пальца $5,8 \pm 0,6$ см, длина второго пальца $7,4 \pm 0,6$ см, длина третьего пальца $8,2 \pm 0,7$ см, длина четвертого пальца $7,3 \pm 0,6$ см, длина пятого пальца $5,8 \pm 0,5$ см. Ширина кисти наибольшая составила $10,4 \pm 1$ см, ширина кисти без учета первого пальца – $8,9 \pm 0,8$ см, средние диаметры ногтевых фаланг первого-пятого пальцев – от 1,0 см до 1,4 см. Выявлены сильные корреляции ($p < 0,0001$) между длинами второго и третьего пальцев, второго и четвертого пальцев, третьего и четвертого пальцев, четвертого и пятого пальцев. Кроме того, обнаружены корреляции между диаметрами ногтевых фаланг первого и третьего пальцев, второго и третьего пальцев, второго и четвертого пальцев, третьего и четвертого пальцев, четвертого и пятого пальцев ($p < 0,0001$).

Длина ноги у студентов была 89-98 см, у студенток – 82-95 см (83-103 см и 72-105 см соответственно), что составляло от 47 % до 58 % от длины всего тела в первой группе и от 44 % до 62 % – во

второй группе. У всех юношей ноги были длиннее рук (на 2,3-29,6%). У девушек длина ноги могла как превышать длину руки в 1,46 раза, так и быть ей равной.

Длина голени у всех студентов составила 22-28% от длины тела, 42-53% от длины ноги и 156-162% от длины предплечья. У юношей параметр был 40-50 см, у девушек – 36-46 см при крайних значениях 32 см и 56 см – у первых, 24 см и 55 см – у вторых.

Размер стопы был в 6,5-7 раз меньше роста, в 1,7 раза меньше длины голени и в 1,3 раза больше длины кисти у всех студентов, выявлен разброс значений от 22 см до 31 см в первой группе и от 20 см до 28 см – во второй группе.

Вертикальная досягаемость руки находилась в пределах от 201 см до 251 см у юношей и от 181 см до 271 см – у девушек. Нижняя досягаемость руки была от 60 см до 81 см у студентов и от 48 см до 94 см – у студенток.

Для всех измеренных параметров, кроме длины туловища, определены умеренные и сильные корреляции с длиной тела ($p < 0,001$).

Таблица 1

Антропометрические показатели студентов, $M \pm \sigma$ (см)

Параметр	Юноши	Девушки
Длина тела (стоя)	179,9±6,8	165,2±6,6
Длина туловища	56,6±8,8	49,5±5,0
Длина руки	80,7±4,8	73,2±4,0
Длина плеча	35,6±3,0	32,5±3,2
Длина предплечья	28,3±3,6	25,2±3,0
Длина кисти	19,9±1,4	18,4±1,4
Длина ноги	93,6±5,0	88,5±6,5
Длина голени	44,8±4,9	41,2±4,9
Длина стопы	26,6±1,8	23,8±1,5
Вертикальная досягаемость руки	225,5±9,3	206,7±11,1
Нижняя досягаемость руки	67,8±4,0	65,0±5,4

При расчете пропорций тела и сравнении с «золотыми критериями» Леонардо да Винчи выявлено, что тела у студентов более гармоничны, чем у студенток.

Выводы. Антропометрические показатели при обследовании однородных групп населения являются объективным критерием для индивидуальной оценки физического развития человека. Полученные данные имеют значение для мониторинга здоровья взрослого населения.

Список литературы

1. Богомолва Е.С. Гигиеническое обоснование мониторинга роста и развития школьников в системе «Здоровье - среда обитания»: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Нижний Новгород, 2010.
2. Жакупова Ж.С. Антропометрические особенности различных популяций и совершенствование диагностики синдрома Марфана / Ж.С. Жакупова, В.М. Делягин, М.Н. Терещенко, А. Уразбагамбетов. // Детская больница – 2010 – №1 – С.23-26.
3. Калмин О.В. Изменения антропометрических параметров женщин пензенского региона за последние девять лет / Калмин О.В., Галкина Т.Н.. - Морфологические ведомости, 2016 - № 1(24). — С. 33-40.
4. Попова С.С. Антропометрические исследования в диагностике эндокринопатий, сопровождающихся поликистозом яичников // Международный медицинский журнал. – 2005, № 3. - С. 77-79.
5. Тлакадугова М.Х. Морфометрическая характеристика школьников г. Нальчика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2010.

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

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

**СЕКЦИЯ №5.
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА,
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)**

**ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПРОГРАММЕ ФИЗИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯМИ**

Бобкова С.Н., Зверева М.В., Исакова Ж.Т.

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»
Центральная поликлиника ФТС России

Резюме

Обследовано 18 лиц мужского пола, в возрасте от 25 до 32 лет с гиперхолестеринемиями. Все пациенты на фоне регламентированной физической нагрузки принимали «Океанола» в дозе 4 капс./сутки (1540 мг ω -3-ПНЖК) в течение 3 месяцев. В начале исследования и после курса приема «Океанола» оценивалась физическая работоспособность с помощью ВЭМ пробы. Прием «Океанола» вызвал достоверное увеличение потребления кислорода при физической нагрузке и увеличение физической работоспособности.

Ключевые слова: гиперхолестеринемия, физическая работоспособность, полиненасыщенные жирные кислоты, океанол.

The resume

18 male subjects, aged 25 to 32 years, with hypercholesterolemia were examined. All patients on a background of regulated physical activity took Okeanola in a dose of 4 capsules / day (1540 mg ω -3 PUFA) for 3 months. At the beginning of the study and after the course of taking "Okeanola" physical performance was assessed using a VEM test. Reception "Okeanola" caused a significant increase in oxygen consumption during physical exertion and increased physical performance.

Key words: hypercholesterolemia, physical working capacity, polyunsaturated fatty acids, oceanol.

В настоящее время, в связи с интенсивным развитием научных исследований, все шире используются новые методы для улучшения тренировок и стимуляции организма. Известна обратная зависимость между распространенностью сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ), смертностью больных от этой патологии и содержанием в их рационе полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) ω -3. Полагают, что терапевтический эффект этих кислот обусловлен их гипохолестеринемическим, гипотриглицеридемическим, антиатерогенным, гипотензивным и тромболитическим действием [1; 6]. Это и определило **цель** настоящего исследования: изучить возможность использования океанола в комплексной программе физической реабилитации лиц с дислиппротеидемиями (ДЛП).

Методы исследования. Для оценки реакции сердечно - сосудистой системы была использована проба с субмаксимальной физической нагрузкой, которая оценивалась по динамике артериального давления (АД) и числу сердечных сокращений (ЧСС). Велоэргометрическая (ВЭМ) проба проводилась на тредмиле "Qyest" (Германия). Запись ЭКГ осуществлялась на шестиканальном электрокардиографе фирмы Бюрдик (США) в стандартных и грудных отведениях. Мощность исходной ступени нагрузки составляла 50 Вт, длительность каждой ступени - 3 минуты. Мощность нагрузки повышалась ступенеобразно и непрерывно на 25 Вт. Уровень физической работоспособности оценивали по уровню нагрузки, достигнутой во время ВЭМ пробы, по величине максимального потребления кислорода (МПК) (в пределах субмаксимальных нагрузок этот показатель очень тесно

коррелирует с потреблением кислорода миокардом), по величине индекса Астранда (index condition), которая оценивалась с помощью номограммы Astrand P.O. Величина индекса отражает МПК в миллилитрах на килограмм веса пациента за 1 минуту (мл/мин / кг); по величине метаболических единиц (МЕТ): отношению потребления кислорода тканями организма на высоте максимальной нагрузки к величине потребления кислорода в условиях основного обмена. Субмаксимальный уровень ЧСС был рассчитан исходя из 85-90% от максимального возрастного ЧСС, предельно допустимым подъемом АД считался уровень 220-250/110-140 мм.рт.ст. Использовались общепринятые критерии прекращения пробы. В нашем исследовании МПК (V_{O2max}) в л/мин на высоте нагрузки оценивалось с помощью номограммы Astrand P.O. (1960) [3; 5]. Полученные результаты обрабатывали статистически.

Характеристика наблюдаемых лиц. Объектом исследования явились 18 лиц мужского пола, в возрасте от 25 до 32 лет. Средний возраст группы был 29.6 ± 3.35 лет. У всех испытуемых был установлен диагноз гиперхолестеринемия.

Организация исследования. Исследование проводилось на базе Центральной поликлиники Федеральной таможенной службы России. Перед началом исследования и после приема «Океанола» в дозе 4 капс./сутки (1540 мг ω -3-ПНЖК) в течение 3 месяцев оценивалась физическая работоспособность с помощью ВЭМ пробы.

Методика. В недельном цикле все пациенты имели регламентированную физическую нагрузку от 90 до 120 мин. 2–3 раза в неделю: занятия в тренажерном зале, игровые виды спорта (волейбол, баскетбол), нагрузки циклического характера в аэробном режиме (ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде, плавание). Дополнительно были назначены процедуры лечебной гимнастики (количество занятий в недельном цикле – 4 – 5 раз), применяемые при нарушениях липидного обмена. Физические нагрузки дозировались. В амбулаторных условиях основой физической тренировки были ходьба, лыжные прогулки, плавание (по выбору пациента). Упражнения выполнялись в стабильном темпе, однако, были допустимы в процессе тренировки, ускорения. Физические нагрузки были строго дозированы и выполнялись под наблюдением или по рекомендации врача.

Обсуждение результатов исследования. Показатели физической работоспособности в группе до приема океанола по данным ВЭМ были достоверно ниже. Средний уровень достигнутой в процессе ВЭМ нагрузки до приема океанола составил $145,3 \pm 27,6$ Вт, после приема $162,1 \pm 26,3$ Вт, ($p > 0,05$). Высокая толерантность к нагрузке до начала приема океанола зарегистрирована у 11 (64,4%). Средняя толерантность к нагрузке отмечена у 7 (35,6%). Низкая толерантность к нагрузке до приема океанола не зарегистрирована. Высокая толерантность к нагрузке после приема океанола зарегистрирована у 17 (94,4%). Средняя толерантность к нагрузке отмечена у 1 (5,6%). Низкая толерантность к нагрузке после приема океанола не была зарегистрирована. После завершения курсов приема океанола большинство показателей, таких как МПК, Индекс Астранда, МЕТ, двойное произведение (ДП), время восстановления артериального давления (АД), время проведения ВЭМ, характеризующих физическую резистентность, претерпели статистически достоверные изменения (таблица 1).

Таблица 1.

Показатели ВЭМ пробы до и после приема «Океанола» в дозе 4 капс./сутки (1540 мг ω -3-ПНЖК) в течение 3 месяцев ($M \pm m$) (n=18)

Показатели физической работоспособности	до приема	после приема
МПК (л/мин)	$3,0 \pm 0,6$	$3,6 \pm 0,7^*$
Индекс Астранда (мл/мин x кг)	$31,2 \pm 6,4$	$35,9 \pm 5,9^*$
МЕТ	$6,2 \pm 1,2$	$7,6 \pm 1,3^*$
ДП	$193,8 \pm 37,5$	$226,8 \pm 50,6^*$
Время восстановления АД (мин)	$8,9 \pm 4,7$	$6,5 \pm 4,1^*$
Время восстановления ЧСС (мин)	$13,9 \pm 1,5$	$12,3 \pm 1,1$

Время проведения ВЭМ пробы (мин)	13,9 ± 2,2	19,1 ± 2,3*
---	------------	-------------

Примечание: * - отличие от исходных значений достоверно ($p < 0,05$).

Оценка физической работоспособности больных обозначается потенциальной способностью человека проявить максимум физического усилия в статической, динамической или смешанной работе выполняемой длительно и с достаточно высокой интенсивностью. В более узком смысле физическую работоспособность понимают как функциональное состояние кардиореспираторной системы [2]. Определение аэробного порога или потребления кислорода (МПК), являющегося мерой аэробной мощности и интегральным показателем состояния системы транспорта кислорода, принято считать главным показателем физической работоспособности. В нормальных условиях между величиной потребления кислорода и ЧСС существует линейная зависимость [2; 4].

Выводы.

1. Показатели ВЭМ-теста, проведенного перед началом приема океанола, свидетельствовали о том, что достигнутый уровень нагрузки мог быть использован для получения объективных данных о физической работоспособности данной группы.

2. Прием «Океанола» в дозе 4 капс./сутки (1540 мг ω -3-ПНЖК) в течение 3 месяцев вызвал достоверное увеличение потребления кислорода при физической нагрузке и увеличение физической работоспособности.

Список литературы

1. Агеев, Ф. Т. Новые возможности оценки прогноза сердечно-сосудистых осложнений у мужчин с ишемической болезнью сердца/ Ф. Т. Агеев // Креативная кардиология. – 2007. – № 1. – С. 178-183.
2. Аронов, Д. М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца на диспансерно - поликлиническом этапе/ Д. М. Аронов // Кардиология. – 2006. – Т.46, № 2. – С. 86 – 99.
3. Аронов, Д. М. Функциональные пробы в кардиологии/ Д. М. Аронов, В. П. Лупанов. – М., 2007. – 328 с.
4. Гасилин, В.С., Стенокардия/ В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. – М., 1987. – 240 с.
5. Карпман, В.Л. Тестирование в спортивной медицине/ В.Л. Карпман, З.Б. Белоцерковский, И.А. Гудков. – М., 1988. – 208 с.
6. Перова, Н.В. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты в кардиологии / Н.В. Перова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2005. — № 4. — С. 101 – 107.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ДУОДЕНИТОМ

Шепелева О.И., Горячева Т.В.

ФГБОУ ВО "МГУ им. Н.П.Огарева", г. Саранск

Хронический гастродуоденит (ХГД) занимает одно из первых мест в структуре заболеваний органов пищеварения. В последние годы становится все больше причин для роста частоты гастродуоденальной патологии среди людей всех возрастов — это нерациональное питание, психическое напряжение и нервные стрессы, интеркуррентные заболевания, неблагоприятная экологическая обстановка, увеличение числа аллергических заболеваний при нарастании аллергизации населения, низкая двигательная активность.

Несмотря на большие возможности лекарственной терапии ХГД, добиться стабилизации патологического процесса в пораженных органах, стойкой ремиссии, предотвратить прогрессирование заболевания и его рецидивы удается не всегда, что заставляет постоянно изыскивать новые подходы к лечению. Перспективность применения неспецифических методов воздействия определяется тем, что они влияют на механизмы регуляции пищеварительного процесса и обмена веществ, к ним в меньшей мере развивается привыкание.

Одним из таких неспецифических методов лечения ХГД является лечебная физическая культура (ЛФК). Использование различных средств ЛФК позволяет дифференцированно и целенаправленно воздействовать

на различные стороны патогенеза заболевания, повысить адаптационные возможности организма при отсутствии побочных эффектов и аллергических реакций [2]. Вполне оправдано комплексное применение лекарственных средств, ЛФК и бальнеологических факторов, способствующее скорейшему выздоровлению больного.

В комплексном плане реабилитации больных ХГД на всех этапах дифференцированное, патогенетически обоснованное применение ЛФК повышает эффективность лечения, способствует восстановлению работоспособности и поддержанию ее на необходимом уровне. В основе метода ЛФК лежит использование тренировки (общая и специальная) физическими упражнениями [1]. Общее воздействие физической тренировки на организм больного состоит в повышении неспецифической сопротивляемости, нормализации реактивности, восстановлении функции ЦНС, улучшении адаптации больного к индивидуально дозируемым нагрузкам. Специальная тренировка ставит своей целью восстановление нарушенных болезненным процессом функций. Влияние физических упражнений на деятельность пищеварительной системы рассматривается как результат рефлекторного взаимодействия двигательного и висцерального анализаторов.

Возникающий во время работы мышц поток проприоцептивных импульсов обуславливает приспособление вегетативных функций к потребностям активно действующего организма. Влияние физических упражнений зависит от характера используемых движений, их дозировки, ритма и темпа выполнения, времени приема пищи и состояния организма в целом.

Так например, характер влияния лечебной гимнастики на скорость опорожнения желудка зависит от объема и интенсивности физической нагрузки, последовательности ее применения по отношению к приему пищи, а также от исходного состояния эвакуаторной функции. Или влияние мышечной работы на секреторную функцию определяется не только интенсивностью физической нагрузки, но и фазой пищеварения.

Корректирующее действие комплекса лечебной гимнастики при нарушениях функции желудочно-кишечного тракта обусловлено моторно-висцеральными рефлексам. Проприоцептивная импульсация влияет на деятельность пищеварительной системы через разные уровни ЦНС, начиная со спинного мозга. Выбор и обоснование специальных физических упражнений тесно связаны с сегментарной иннервацией мышц и определенных органов пищеварения.

В последние годы установлена определенная взаимосвязь между частотой заболеваний желудочно-кишечного тракта и малоподвижным образом жизни. Распространенность этих болезней у людей, занимающихся физкультурой и спортом, меньше, чем у их ровесников с гипокинезией. Следовательно, гипокинетический синдром следует рассматривать как один из существенных факторов риска развития заболеваний органов пищеварения, в частности желудка.

Таким образом, ЛФК оказывает общее благоприятное влияние на организм, стимулирует регуляторные механизмы пищеварительной системы, а также создает благоприятные условия в брюшной полости для оптимального функционирования ее органов.

Методика ЛФК

В фазе обострения ХГД в стационаре назначают полупостельный режим. ЛФК в форме лечебной гимнастики при ХГД показана в период стихания обострения с целью улучшения кровообращения в брюшной полости и создания благоприятных условий для репаративных процессов, улучшения трофики слизистой оболочки желудка, воздействия на секреторную, моторную функции желудка и нейрогуморальную регуляцию пищеварительных процессов, оказания положительного влияния на нервно-психическую сферу больного, его эмоциональное состояние.

Противопоказаниями к проведению лечебной гимнастики являются: выраженный болевой синдром, многократная рвота, сильная тошнота.

Курс ЛФК в стационаре 10-12 занятий. Первые 5-6 занятий лечебной гимнастикой проводят вне зависимости от характера секреции с малой нагрузкой, исключаются упражнения для брюшного пресса. Лечебная гимнастика — это основная форма применения ЛФК в стационаре; кроме нее больным показана ходьба — простая и в сочетании с дыхательными и гимнастическими упражнениями.

Последующие занятия лечебной гимнастикой в стационаре, при стихании болей и отсутствии жалоб больного на плохую переносимость физической нагрузки, выполняются со средней нагрузкой; а для больных с тяжелым течением ХГД — с малой нагрузкой. Методика занятий в этот период зависит от характера секреторной активности желудка.

Существует, как было отмечено ранее, физиологическая зависимость активности секреторной и моторной функций желудка от характера и объема мышечной работы, которая используется при построении занятия ЛФК: усиление секреторной функции достигается с помощью умеренной физической нагрузки, назначаемой за 1-2 ч до приема пищи или через 1-2 ч после еды, угнетение — при выполнении физической нагрузки непосредственно перед и сразу после приема пищи. Повышенная секреторная и двигательная активность снижается при выполнении физических упражнений в медленном темпе, при монотонном характере движений. Наоборот, эмоционально насыщенные занятия лечебной гимнастикой стимулируют функции желудка.

Помимо лечебной гимнастики, с целью улучшения желудочной секреции рекомендуются прикладные формы ЛФК: пешеходные прогулки продолжительностью 1-1,5 ч, плавание, гребля, езда на велосипеде, катание на коньках и лыжах, подвижные и спортивные игры.

В сочетании с лечебной гимнастикой или в форме самостоятельной процедуры у больных ХГД с высоким эффектом применяется сегментарный массаж. Курс 8-10 процедур. При заболеваниях желудка поражаются сегменты С₃-Т₈ слева и наблюдаются рефлекторные явления в соответствующих зонах. Решающим условием положительного воздействия является устранение всех рефлекторных изменений в мышцах.

В фазе ремиссии применяются все средства ЛФК (физические упражнения, массаж, природные факторы) с целью восстановления нарушенных функций ЦНС, желудочно-кишечного тракта, адаптации к повышающимся физическим нагрузкам за счет экономизации работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем и восстановления трудоспособности. Используемые формы ЛФК (утренняя гигиеническая гимнастика, терренкур, подвижные игры) дозируют в соответствии с физической подготовленностью больных, функциональном состоянии различных систем организма и наличием сопутствующих заболеваний, ограничивающих физическую работоспособность.

Лечебная гимнастика является основной формой ЛФК для нормализации функции желудочно-кишечного тракта. Одной из главных форм ЛФК являются также физические тренировки, которые позволяют реализовать одну из главных задач курса ЛФК в санатории- адаптировать больного к повышающимся физическим нагрузкам и восстановить его трудоспособность.

ЛФК на санаторно-курортном этапе применяется в комплексе с лечебным питанием, физиотерапевтическими процедурами и питьевым курсом минеральных вод [3].

Врачи-клиницисты должны объяснять больным ХГД, что эффективность ЛФК целиком зависит от регулярности занятий — лечебной гимнастикой желательно заниматься ежедневно, а прикладными формами не реже 2-3 раза в неделю.

Список литературы

1. Усанова А.А., Шепелева О.И., Горячева Т.В. Основы лечебной физкультуры и спортивной медицины. Учебное пособие.— Ростов – на Дону: Феникс, 2016.
2. Епифанов В.А. Лечебная физкультура М.: ГЭОТАР— Медиа. 2014
3. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация. Книга III . — М.: Бином, 2010.

СЕКЦИЯ №6.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И АЛКОГОЛЬ: АКТУАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ

Иванова М.А., Пунин А.А., Ваулин С.В.

ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Смоленск

В условиях современной медицины оптимальным признается индивидуализированный подход к каждому пациенту. В ходе сбора анамнеза врач зачастую обращает внимание на факт избыточного употребления спиртного пациентом. Лица с синдромом алкогольной зависимости (САЗ) составляют до 17%

пациентов пульмонологических отделений [4]. Для больных с хронической бронхиальной обструкцией это является особенно актуальным, так как алкоголь способен выступить модифицирующим фактором в отношении легочной патологии.

Сочетание алкогольной и никотиновой зависимости у одного пациента имеет социальные предпосылки. В современном обществе курение является распространенной привычкой среди различных групп населения, в том числе среди женщин, подростков и даже детей. Согласно статистическим данным, людей, регулярно употребляющих табак, в мире насчитывается около миллиарда. По данным ВОЗ, влияние курения на человека столь высоко, что в мире в среднем каждые шесть секунд умирает один человек от заболеваний, связанных с табакокурением, а ежегодно по этой причине умирают пять миллионов человек. Если тенденция нарастания распространенности курения не будет снижаться, то по прогнозам к 2020 году ежегодно преждевременно будут умирать 10 млн. человек. А к 2030 году влияние курения на здоровье человека станет одним из самых сильных факторов, приводящих к преждевременной смерти.

Алкоголь – не менее актуальный фактор ухудшения здоровья человека в наши дни. Согласно данным ВОЗ, уровень потребления алкоголя на душу населения – один из самых высоких в мире [8]. Из «алкогольной статистики» можно привести следующие факты: уже в 2010г в нашей стране было более 20 млн. алкоголиков (почти каждый седьмой житель), 90-95% взрослого населения употребляло спиртное, 6 млн. больных пользовалось помощью наркологов. В отдельные периоды уровень потребления алкоголя в пересчете на душу населения в России – более 18,5 л. Каждый 1 л подушного алкоголя уносит дополнительно к естественной убыли населения 132 тыс. человек, 11 мес ожидаемой продолжительности жизни у мужчин и 4 мес у женщин [5].

Сочетания ХОБЛ и алкоголизма обусловлено общими механизмами возникновения. Зависимость от никотина и алкоголя формируется по сходному принципу. Локализацию морфологической основы их формирования составляют стволовые и мезолимбические структуры головного мозга – ретикулярная формация, при этом в большей степени затрагивается дофаминовое звено катехоламиновой нейромедиации. Дофамин, при сопутствующем дисбалансе содержания гаммааминомасляной кислоты и серотонина, активизирует систему подкрепления через субъективно ощущаемые положительные эмоции, что, как следствие, приводит к становлению синдрома зависимости [2].

Новые биомедицинские технологии дополняют взгляды ученых на глубину взаимосвязи приверженности алкоголю и табаку. В частности, ведутся исследования по изучению роли холинергических структур базальных отделов переднего мозга как общего субстрата воздействия этанола и никотина. Основу рецепторного аппарата этой области составляют никотиновые ацетилхолиновые рецепторы, особенно $\alpha 4\beta 2$ и $\alpha 7$ подтипы. Одобренный в США препарат варениклин, применяемый для облегчения отказа от курения, частичный агонист рецепторов $\alpha 4\beta 2$ – подтипа, снижает тягу к алкоголю у людей и грызунов [17]. Дополнительные инъекции никотина непосредственно в зону базальных отделов переднего мозга в исследованиях *in vivo* значительно повысили потребление этанола подопытными мышами. Изолированное изучение никотиновых ацетилхолиновых рецепторов, содержащих $\alpha 6$ – субъединицу, преимущественно экспрессируемых дофаминергическими нейронами вентральной области покрышки, выявило взаимосвязь их высокой концентрации с повышенным потреблением алкоголя мышами [15].

Респираторный тракт – общая точка приложения токсических эффектов алкоголя и табака. ХОБЛ и алкоголизм являются причиной гипоксии. Нарушение бронхиальной проходимости приводит к дыхательной недостаточности. Повреждение этанолом предполагает, в первую очередь, поражение сосудистых и клеточных мембран, что вызывает дистрофические, некротические, атрофические и склеротические изменения в сосудах микроциркуляции и артериях более крупного калибра; нарастание объема эритроцитов, ригидности их цитолеммы и нарушением кровотока. Сочетание этих процессов приводит к хронической гипоксии. Среди органов – «мишеней» воздействия алкоголя чаще всего упоминается желудочно – кишечный тракт, однако респираторный тракт не является исключением в каскаде полиорганного токсического поражения [4]. Одновременно с деструктивными морфологическими изменениями развиваются приспособительно-компенсаторные процессы во внутренних органах, в том числе перифокальная эмфизема легких [1].

Иммуносупрессивный эффект этанола реализуется в нарушении образования альвеолярных макрофагов. Этому способствует и непосредственное выделение легкими продуктов метаболизма этанола [18]. Особенно резко их количество снижалось при попадании в дыхательные пути твердых частиц, создавая в целом синергетический эффект воздействия алкоголя и загрязнения легких. В респираторном тракте

лабораторных мышей наблюдался повышенный уровень перекисного окисления липидов, с развитием последовательного каскада воспалительных реакций с исходом в фиброз [7]. Склонность к аспирации на фоне токсического поражения ЦНС и явления иммуносупрессии обуславливают повышение вероятности развития тяжелых пневмоний, туберкулеза.

В аспекте ХОБЛ как следствия влияния аэрополлютантов особое внимание уделено изучению влияния алкоголя на мукоцилиарный клиренс. Эффекты этанола складываются из системного токсического воздействия и из патологического влияния алкоголя, аккумулированного в легких - свободно диффундируя через реснитчатый эпителий (а не непосредственно через альвеолы), алкоголь способен накапливаться в межклеточной жидкости, заново экскретироваться в дыхательные пути и усугублять их повреждение [7]. Процессы выведения этанола легкими у пациентов с ХОБЛ значительно изменены, о чем свидетельствует отсутствие у них линейной зависимости между концентрацией алкоголя в выдыхаемом воздухе и концентрацией его в крови, которая обычно наблюдается у здоровых людей [16]. Изменение кинетики цилий опосредовано синтезом оксида азота эпителием, активацией цАМФ, цГМФ [19,22]. В ходе экспериментов показаны различные эффекты на динамику мукоцилиарного клиренса: в 1981 году продемонстрировано, что сам факт употребления небольшой дозы алкоголя не влияет на скорость выведения патогенных частиц реснитчатым эпителием, однако вариабельность этого показателя напрямую зависит от анамнеза злоупотребления. У больных, употреблявших одну дозу алкоголя чаще одного раза в неделю, но реже двух раз в день, время мукоцилиарного клиренса после приема алкоголя значительно сокращалось, а в группе исследуемых, употреблявших ранее менее одной дозы спиртного в неделю – увеличивалось [21]. Позже было доказано, что низкие дозы алкоголя стимулируют частоту биения ресничек, средние – не изменяют, а высокие – угнетают [11]. Однако стимулирующий эффект алкоголя является кратковременным и приводит к десентизации слизистой ее истощению [6].

Данные влияния алкоголя на частоту биения ресничек противоречивы в связи с отсутствием данных *in vivo*. Эксперименты на мышах выявили цилиостаз, вызванный большими концентрациями алкоголя [10].

Выяснение «тонких» аспектов влияния злоупотребления алкоголем на ХОБЛ сопряжено со значительными трудностями:

- ХОБЛ как нозология сравнительно «молода» - до начала XIX века бронхиальная обструкция рассматривалась в аспекте бронхиальной астмы, курение табака не было распространено до XX века; спирометрия как метод диагностики не использовалась [13,18].

- Получение экспериментальных данных затруднено: нет возможности получить немедленную реакцию в виде изменения спирометрических показателей или газового состава артериальной крови после употребления спиртного в связи с длительным хроническим характером течения заболевания. Исторически различные анализы подтверждали как отрицательное (1973г, 1986г), так и положительное (1980г, 1983г, 1989г, 2001г) влияние употребление алкоголя на бронхиальную проходимость. При этом проводилась оценка отдельных параметров либо жалоб без систематизации согласно принятым стандартам [18]. Возрастание числа случаев развития правожелудочковой недостаточности у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ отмечено в 1993 году, однако бронхопульмональные и кардиальные механизмы сложно дифференцировать [9].

Помимо изученных негативных последствий САЗ, в современной литературе появляются отдельные данные о положительных эффектах эпизодического приема алкоголя на организм. Некоторые известны достаточно давно: этанол повышает уровень липопротеидов высокой плотности и задерживает развитие атеросклероза в связи с антиоксидантным эффектом; понижает агрегационную активность тромбоцитов, что сопровождается антитромботическим влиянием; стимулирует образование тканевого активатора плазминогена и снижает концентрацию фибриногена в крови; антистрессовое влияние - снижает концентрацию катехоламинов в крови, снижает резистентность тканей к инсулину [3]. На фоне развития знаний о свойствах отдельных компонентов в составе пищевых продуктов актуально обсуждение вопроса о сокращении признаков старения. Регресс явлений миокардиодистрофии, ангиопатии, возрастных изменений бронхо-легочной системы мышей на происходит на фоне приема ресвератрола - природного флавоноидного полифенола, выделяемого некоторыми растениями в качестве защитной реакции против паразитирующих бактериальных и грибковых агентов [12,14]. Предполагается, что красное вино, как источник ресвератрола, обладает этими свойствами, но полученные данные пока нельзя полностью экстраполировать на организм человека.

В аспекте исследований положительного влияния диеты, на примере 13 651 участника голландского исследования MORGEN продемонстрировано повышение объема ОФВ1 и уменьшение выраженности

симптомов у пациентов с ХОБЛ на фоне употребления 1-30 грамм алкоголя в сутки [20]. Таким образом, при неоспоримой пагубности злоупотребления этанолом, точка зрения на его эффекты неоднозначна.

Следует сделать вывод, что изучение взаимодействия этанола и хронической бронхиальной обструкции является одним из перспективных направлений для изучения. ХОБЛ в большинстве случаев – реализация никотиновой зависимости в соматическую патологию. Нозологическая форма с четкими клинико-диагностическими критериями в перспективе позволит систематизировать результаты изучения модифицирующего влияния алкоголизма на течение бронхиальной обструкции.

Список литературы

1. Ерохин Ю. А. Патологическая анатомия алкогольной болезни: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 15 с.
2. Иванец Н.Н., Анохина А.П., Винникова М.А. Наркология: национальное руководство /– М.: ГЭОТАР –Медиа, 2008. – 720 С.
3. Константинов В.В., Деев А.Д., Александров А.Л., Капустина А. В., Шестов Д. В. Алкоголь и здоровье населения России, 1900-2000. Материалы Всероссийского форума по политике в области общественного здоровья «Алкоголь и здоровье». — М. 1998. с. 367-374
4. Москаленко В.Д. Медицинские последствия наркомании и алкоголизма // Наркология. 2007. №7. С. 52-54.
5. Петрухин И.С., Зиньковский А.К., Погорелова Л.Л. Профилактика неинфекционных заболеваний в общеврачебной практике. Потребление алкоголя: [Электронный ресурс] // Тверская государственная медицинская академия. URL: <http://www.myshared.ru/slide/287114/> (Дата обращения 17.03.2016г)
6. Forgèt M.A, Sisson J.H, Spurzem J.R, Wyatt T.A. Ethanol increases phosphodiesterase 4 activity in bovine bronchial epithelial cells // Alcohol. 2003. N31(1-2). pp. 31-8.
7. George S.C., Hlastala M.P., Souders J.E., Babb A.L. Gas exchange in the airways //J Aerosol Med. 1996. Vol. 9. №1. pp. 25-33.
8. Global Health Observatory country views: Russian Federation: statistics summary (2002 - present): [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://goo.gl/35hei6> (Дата обращения: 18.02.2017)
9. Jalleh R., Fitzpatrick M.F., Jan M.A., MacNee W., Douglas N.J. Alcohol and cor pulmonale in chronic bronchitis and emphysema // В М J. 1993. 306:374
10. Laurenzi G.A., Guarneri J.J. Effects of bacteria and viruses on ciliated epithelium. A study of the mechanisms of pulmonary resistance to infection: the relationship of bacterial clearance to ciliary and alveolar macrophage function // Am Rev Respir Dis. 1966. Vol. 93. №3. pp. 134-141.
11. Maurer D.R., Liebman J. Effects of ethanol on in vitro ciliary motility // J Appl Physiol. 1985. Vol. 65. №4. pp. 1617-2000.
12. Pearson K.J., Baur J.A., Lewis K.N., Peshkin L., Price N.L. et al. Resveratrol delays age-related deterioration and mimics transcriptional aspects of dietary restriction without extending life span // Cell Metab. 2008. Vol. 8. №2. pp. 157-168.
13. Petty T.L. COPD in perspective // Chest. 2002. Vol. 121. №11. pp. 116-120.
14. Pintea A., Rugină D., Pop R., Bunea A, Socaciu C., Diehl H.A. Antioxidant effect of trans-resveratrol in cultured human retinal pigment epithelial cells // J Ocul Pharmacol Ther. 2011. Vol. 27. №4. pp. 315-321.
15. Powers M. S., Broderick H. J., Drenan R. M, Chester J. A. Nicotinic acetylcholine receptors containing $\alpha 6$ subunits contribute to alcohol reward-related behaviours // Genes, Brain and Behavior. 2013. Vol. 12, № 5, pp. 543–553.
16. Russell J.C., Jones R.L. Breath ethyl alcohol concentration and analysis in the presence of chronic obstructive pulmonary disease // Clin Biochem. 1983. Vol. 16, N 3. pp. 182-187.
17. Sharma R., Sahota P., Thakkar M.M. Nicotine Administration in the Cholinergic Basal Forebrain Increases Alcohol Consumption in C57BL/6J Mice // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2014. Vol.38, N 5. P. 1315-1320.
18. Sisson J.H. Alcohol and Airways Function in Health and Disease // Alcohol. 2007. Vol. 41. №5. pp. 293-307.

19. Sisson J.H. Ethanol stimulates apparent nitric oxide-dependent ciliary beat frequency in bovine airway epithelial cells // *Am J Physiol*. 1995. N268(4 Pt 1). pp. 596-600.
20. Tabak C., Smit H.A., Heederik D., Ocké M.C, Kromhout D. Diet and chronic obstructive pulmonary disease: independent beneficial effects of fruits, whole grains, and alcohol (the MORGEN study) // *Clinical & Experimental Allergy*. 2001. Vol. 31, Issue 5, pp. 747–755.
21. Venizelos P.C., Gerrity T.R., Yeates D.B. Response of human mucociliary clearance to acute alcohol administration. // *Arch Environ Health*. 1981 Vol. 36 № 4. pp.194-200.
22. Wyatt T.A, Forgèt M.A, Sisson J.H. Ethanol stimulates ciliary beating by dual cyclic nucleotide kinase activation in bovine bronchial epithelial cells // *Am J Pathol*. 2003. N163(3). pp. 1157-66.

СЕКЦИЯ №7.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)

ФАКТОРЫ РИСКА В ПИТАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Фролова Т.И.

БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары

Современная концепция развития здравоохранения предполагает сохранение функциональных и адаптационных резервов человека трудоспособного возраста благодаря уменьшению влияния модифицируемых факторов риска, включая образ жизни и особенности профессиональной деятельности. К основным факторам образа жизни, влияющим на здоровье населения России и определяющим уровень, динамику заболеваемости и смертности, можно отнести психосоциальный стресс, нерациональное (нездоровое) питание, курение, злоупотребление алкоголем, недостаточную физическую активность [1]. Клинические и экспериментальные данные убедительно доказали роль алиментарного фактора в возникновении болезней ЖКТ [1].

Активное развитие сети предприятий быстрого питания в последнее время заставляет задумываться над качеством и безопасностью повседневно предлагаемой ими продукции. Ассортимент продукции таких предприятий состоит из жаренных блюд (беляши, пирожки, чебуреки), печеных блюд (пицца и горячие бутерброды), блюд жаренных на открытом огне (шашлык, шаурма) и холодных закусок (бутерброды). Пицца, характерная для предприятий быстрого питания готовится с большим количеством жиров, зачастую с трудом переваривается и усваивается организмом. Когда её съедено слишком много, может возникнуть пищевая интоксикация и даже пищевое отравление. Регулярное употребление жареных продуктов прямой путь к гастриту [2]. Кроме того, нагретое несколько раз масло является источником большого количества пищевых канцерогенов и становится особенно опасным, если его перегревают выше положенной температуры [2, 3]. Использование пищевых добавок, включающих консерванты, красители и пищевые заменители наносит вред здоровью и активно изучается последнее десятилетие.

Рациональным называют физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера трудовой деятельности особенностей действия климата и других факторов. Общие требования к пищевому рациону сформулированы в основных постулатах, один из которых отражает необходимость правильного распределения пищевого рациона в течение дня. Правильный режим питания обеспечивает эффективную работу пищеварительной системы, усвоение пищевых веществ и регулирует обменные процессы. Питание - это один из факторов, поддающихся максимальной корректировке, ведущий к снижению риска развития патологии организма, в том числе и со стороны желудочно-кишечного тракта. Оптимизация питания является не только медицинской, но и социальной проблемой [1, 4].

В период с 2014 по 2016 годы на базе БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии (г. Чебоксары) был проведен анализ диеты наблюдаемых мной пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (102 пациента). Изучалась структура питания пациентов, режим приёма пищи путем анкетирования.

При анализе полученных данных о стереотипах питания можно выделить два основных типа нарушений диеты. Первый связан с ограниченностью ассортимента продуктов и дефицитом в пище необходимых структурных, энергетических и биологически активных веществ (белки, жиры, углеводы, витамины, минералы и др.). Второй – прежде всего с неумением правильно питаться, с отсутствием элементарных знаний и культуры питания.

Выявлены следующие нарушения режима питания: только 52,8% опрошенных пациентов завтракают; 33,9 % питаются два раза в день; 10 % не обедают или обедают нерегулярно, 9,7 % не ужинают. Отмечено редкое употребление горячих блюд, в т. ч. первого блюда, поздний по времени прием ужина. При анализе режима утреннего приема пищи, выяснилось, что только 39% пациентов завтракают полноценно, т.е. употребляют свежеприготовленную пищу (супы, каши), 61 % предпочитают на завтрак кофе или чай с бутербродом (белый хлеб, колбасные изделия). 64% опрошенных пациентов обязательно обедают в столовых по месту работы или приносят еду с собой. Из них 39% обедают по месту работы без возможности разогреть принесенную пищу. Их рацион в таком случае состоит из булочек, пирожных, кондитерских изделий, чая, кофе и газированных напитков.

При анализе качества питания выявлены следующие моменты:

1) у порядка 23% опрошенных пациентов питание основано на постоянном употреблении еды быстрого приготовления - «фастфуд»; 2) высоко количество пациентов питающихся сухомятку (11% от всех опрошенных пациентов); 3) 7% пациентов предпочитают сладкие газированные напитки, вместо традиционных воды, чая и т.д. при приеме пищи.

Качественная характеристика рационов питания свидетельствует о дефиците потребления белковой пищи у значительной части пациентов. Но только у 27% опрошенных пациентов критическое отношение к своему питанию, которое они характеризуют как неполноценное и недостаточно сбалансированное.

Состав современного «фастфуда» агрессивен для слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, может спровоцировать не только гастрит, но и гастродуоденит, энтероколит, заболевание печени и желчевыводящих путей, нарушения обмена веществ. В своем составе продукты быстрого приготовления содержат большое количество глутамата натрия, красителей и консервантов, которые уже с первого употребления ведут к вкусовой зависимости. Это подталкивает человека к их частому употреблению. Приверженцы продуктов «фастфуда» отказываются от приема здоровой пищи, которая имеет менее «привычный» насыщенный вкус. Пища быстрого приготовления имеет более высокий гликемический индекс, способствует развитию нарушения углеводного обмена веществ, что повышает риск развития сахарного диабета второго типа и ожирения. Углекислый газ сладких газированных напитков способствует более быстрому всасыванию легкоусвояемых углеводов, стимулирует желудочную секрецию, способствует развитию дискинезии желчевыводящих путей.

Сравнительный анализ опрошенных пациентов выявил факторы риска, поддерживающие уже имеющуюся у них патологию ЖКТ - это снижение количества полноценных завтраков, кратности приема пищи на протяжении суток, уменьшение использования для питания домашних свежеприготовленных продуктов. При анализе полученных в ходе опроса пациентов данных отмечен следующий факт: среди пациентов молодого возраста ($24,3 \pm 0,12$) отмечается высокий показатель кратности приема пищи, но среди этих же пациентов отмечается и высокая распространенность и систематичность употребления вредных пищевых продуктов (фастфуда) и еда на ходу. Также пациенты этой возрастной группы отмечали воздействие негативных психологических факторов, влияющие на их пищевые привычки (заедание стресса легкодоступными продуктами питания - чипсы, кондитерские изделия и др.).

Выводы. Основными провоцирующими факторами риска патологии пищеварительного тракта являются: отсутствие полноценного завтрака, низкая кратность приема пищи на протяжении суток, отсутствие соответствующих условий для приема пищи, употребление продуктов быстрого приготовления, сухоядение, злоупотребление сладкими газированными напитками и высококалорийными кондитерскими изделиями в качестве перекуса, психоэмоциональная напряженность.

Рост заболеваемости желудочно-кишечными заболеваниями среди взрослого населения в регионе требует комплексного подхода к решению вопросов организации питания профилактической, функциональной направленности, как в домашних условиях, так и на местах работы. Санитарно-просветительная и психолого-профилактическая работа лечащего врача гастроэнтеролога среди пациентов должна быть направлена на сглаживание воздействия выявленных негативных факторов и формирование культуры здорового питания.

Список литературы

1. Оганов, Р.Г. Значения контроля факторов риска для профилактики неинфекционных заболеваний /Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова, С.А. Шальнова и др. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – № 6. – С. 21–25.
2. Современные аспекты фундаментальных и прикладных проблем питания /А.В. Васильев, Ю.П. Успенский, В.А. Тутельян, И.Ш. Якубова, А.В. Шабров, В.Г. Маймулов, В.А. Доценко // Медицинский академический журнал. – 2007. – Т. 7, № 4. – С. 125-130.
3. Тутельян, В.А. Предпосылки и факторы формирования региональной политики в области здорового питания в России / В.А. Тутельян, Б.П. Суханов, М.Г. Керимова // Вопросы питания. – 2007. – Т. 76. – № 6. – С. 39-43.
4. Хребтова, А.Ю. Стереотипы питания / А.Ю. Хребтова, Е.А. Горева, А.В. Петренко //Ученые записки университета Лесгафта. – 2015. – №4 (122). – С. 190-195.

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)

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ У РАБОТНИКОВ СО СНИЖЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Горбачев Д.О., Сазонова О.В., Фролова И.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Оптимальное питание работающего человека определяется поступлением в организм необходимого количества белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных компонентов. Кроме того, особую роль в формировании оптимального алиментарного статуса и здоровья человека играет режим питания. Многочисленными исследованиями доказана взаимосвязь фактора питания с риском развития алиментарно-зависимых заболеваний у человека. На сегодняшний день таковыми заболеваниями признаны – ожирение, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет 2 типа, анемия, онкологические заболевания. По данным ВОЗ более 60% смертей в мире приходится на группу алиментарно-зависимых заболеваний, смертность от которых затрагивает в основном население трудоспособного возраста. Сниженная физическая активность у лиц, относящихся к категории офисных работников, приводит к более раннему развитию алиментарно-зависимых заболеваний и более высокому риску смерти. Целью настоящего исследования стала оценка фактического питания в группе работающего населения со сниженной физической активностью.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 328 офисных работника различных организаций и предприятий в возрасте от 18 до 64 лет. Оценка фактического питания осуществлялась частотным методом с количественной оценкой потребленных продуктов в компьютерной программе «Анализ состояния питания человека» (версия 1.2.4 ГУ НИИ питания РАМН 2003-2006), оценка соблюдения принципов рационального питания и информированности о здоровом питании, образа жизни осуществлялась с помощью специально разработанной анкеты, проведено изучение пищевого статуса. Результаты обрабатывали с помощью программ IBM SPSS Statistics для Windows (версия 20.0).

Результаты и обсуждение: полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о нарушении принципов рационального питания в группе обследованных работников (несоблюдение принципов

количественной и качественной полноценности пищевого рациона, режима питания, сбалансированности поступления пищевых веществ): достаточно выраженный дефицит потребления молока и молочных продуктов, рыбы и рыбных продуктов, яиц, овощей. Потребление хлебобулочных и макаронных изделий, сахара и кондитерских изделий превышало рекомендуемую норму, в целом увеличивая общую калорийность пищевого рациона. (таблица 1).

Таблица 1. Частота потребления основных продуктов питания

Потребление мяса				
Более 2 раз в день (%)	2 раза в день (%)	1 раз в день (%)	Несколько раз в неделю (%)	1-2 раза в неделю (%)
(17 %)	(41 %)	(38%)	(2%)	(2%)
Потребление фруктов				
2-4 раза в день	1 раз в день	1 раз в неделю	1-2 раза в месяц	
(6%)	(33 %)	(46 %)	(15%)	
Потребление молочных продуктов				
Более 4 раз в день	2-4 раза в день	1 раз в день	Несколько раз в неделю	1 раз в неделю
(12%)	(12%)	(34%)	(40%)	(2%)
Потребление овощей				
Более 6 раз в день	3-6 раз в день	1-2 раза в день	Несколько раз в неделю	
(4%)	(20%)	(53%)	(19%)	

Анализ режима питания позволил выявить отсутствие полноценного горячего обеда у большинства (более 68 %) работников. Причиной указанного обстоятельства явилось отсутствие условий для приема горячей пищи в обеденные перерывы на рабочих местах, отсутствие столовой, использование обеденного перерыва не по назначению.

В целом, оценка фактического питания работающего населения с низкой физической активностью позволила выявить нарушения принципов рационального питания, которые, во многом, формируют риски развития алиментарно-зависимых заболеваний. Сниженная физическая активность, нарушение режима питания, сопровождающееся отсутствием у большинства работников приема горячей пищи в обеденные перерывы, поздний высококалорийный ужин, являются основными причинами распространенности избыточной массы тела среди обследованной группы. Кроме того, недостаточное потребление овощей, фруктов, рыбы, молочных продуктов формирует риск развития витаминной недостаточности, а также дефицит поступления клетчатки. По данным исследования работникам были предложены профилактические рекомендации. Включающие коррекцию пищевого поведения, повышающие уровень физической активности.

Список литературы

1. Бекетова Н.А., Вржесинская О.А., Кошелева О.В. и др. Оценка способности пищевых волокон адсорбировать *in vitro* витамины А, Е, С, В1 и В2//Вопросы питания. 2010. Т. 79. № 2. С. 47-53.
2. Бекетова Н.А., Коденцова В.М., Дербенева С.А. Витаминный статус пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и избыточной массой тела или ожирением// Вопросы питания. 2015. Т. 84. № 55. С. 17
3. Горбачев Д.О., Бекетова Н.А., Коденцова В.М. и др. Оценка витаминного статуса работников самарской ТЭЦ по данным о поступлении витаминов с пищей и их уровню в крови//Вопросы питания. 2016. Т. 85. № 3. С. 71-81.
3. Коденцова В.М., Вржесинская О.А., Светикова А.А. и др. Эффективность включения в диетотерапию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением и остеопенией специализированного углеводно-белкового продукта, содержащего витамины и минеральные вещества//Вопросы питания. 2008. Т. 77. № 6. С. 44-52.

4. Кобелькова И.В., Батурич А.К. Анализ взаимосвязи образа жизни, рациона питания и антропометрических данных с состоянием здоровья лиц, работающих в условиях особо вредного производства // Вопросы питания. 2013. Т. 82, № 1. С. 74-78.
5. Погожева А.В., Сорокина Е.Ю., Батурич А.К. и др. Роль консультативно-диагностических центров "Здоровое питание" в диагностике и алиментарной профилактике неинфекционных заболеваний // Вопросы питания. 2014. Т. 83, № 6. С. 52-57.
6. Сазонова О.В., Горбачев Д.О., Бородин Л.М. Оценка питания крупного промышленного региона (на примере Самарской области) // Мир науки, культуры, образования. 2014. № 1 (44). С. 338-339.
7. Сазонова О.В., Исакова О.Н., Горбачев Д.О. Среда обитания и заболеваемость населения города Самары злокачественными новообразованиями // Фундаментальные исследования. 2014. № 7-2. С. 357-363.
8. Трушина Э.Н., Мустафина О.К., Бекетова Н.А и др. Влияние пищевых волокон на апоптоз гепатоцитов крыс с алиментарной поливитаминой недостаточностью // Вопросы питания. 2014. Т. 83. № 1. С. 33-40.
9. Тутельян В.А. О нормах физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации // Вопросы питания. 2009. № 1. С. 4-15.
10. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data // Global health risk: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ISBN 978 92 4 156387. - World Health Organization, 2009. - 675 p.

ДЕЙСТВИЕ N-НИТРОЗАМИНОВ НА КЛЕТКИ ПЕЧЕНИ КРЫС

Нуруев Э.А.

Научный руководитель: канд.мед.н., Семенова В.Н.

Кафедра гигиены и экологии Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность.

Важность нитрозаминов как объекта токсикологии стала очевидной в 1950-е годы, когда было показано, что диметилнитрозамин, промышленный растворитель, способен вызывать повреждение печени у машинистов. В 1960-е годы были зарегистрированы множественные случаи отравления овец, связанные с образованием в их пище, обогащенной рыбой (содержащей высокое количество аминов), нитрозаминов. Вскоре было показано, что нитрозамины являются мощными канцерогенами для животных. Было изучено около 300 нитрозаминов, из которых 90% проявляли канцерогенные свойства. Все протестированные виды, включая лабораторных животных и обезьян, оказались восприимчивыми к нитрозамину. Нитрозамины, используемые в различных областях промышленности, представлены во множестве потребительских товаров (напитки, косметика, табачные изделия). Нитрозамины формируются и эндогенно, из аминов и нитратов (или нитритов), содержащихся в нашей пище. Нитрозамины быстро формируются из вторичных аминов и азотистой кислоты, а соответствующие N-нитрозосоединения - из первичных аминов.

По мере изучения многих стадий образования нитрозаминов были предприняты шаги для уменьшения степени риска, например, путем использования альтернативных промышленных процессов. Ограничение нитратов и нитритов приводит к значительному снижению уровня нитрозаминов.

Цель исследования. Изучение изменения активности ферментов и гистологической картины, определение концентрации нитрозаминов в печени.

Материалы и методы.

Исследования проведены на половозрелых крысах-самцах, которым интраорганно в течение 2,5 недель вводили изотонический раствор и смесь N-нитрозаминов (N-нитродиметиламин, N-нитрозодипропиламин, N-нитрозодипропиламин, N-нитрозопирролидин) в дозе 120 мг/кг. Доза и продолжительность эксперимента были обоснованы с учетом данных литературы и специальной серии опытов. Показателями цитотоксичности служила динамика изменений (ежедневная регистрация) активности ферментов печени в крови (ЛДГ – лактатдегидрогеназа, ЩФ - щелочная фосфатаза, ферменты антиоксидантной системы). Для определения концентрации нитрозаминов (через 1 неделю и в конце эксперимента) применили масс-спектрометрию. Для сравнения использовали фоновые значения изучаемых показателей. Статистические методы включали расчет средних величин.

Результаты.

Анализ активности ферментов выявил постепенное незначительное снижение уровня ЛДГ, ЩФ и антиоксидантных ферментов - 8-15% к концу эксперимента. Гистологические изменения печени, индуцированной нитрозаминами, характеризовались явлениями неспецифического некроза печеночной ткани. Исследование содержания нитрозаминов в печени показало снижение концентрации, чуть более выраженное в первой половине эксперимента.

Выводы.

Результаты проведенного экспериментального исследования выявили действие N-нитрозаминов на клетки печени, что проявлялось их повреждением и нарушением детоксикационных механизмов - снижение уровня детоксикационных ферментов, увеличение окислительного стресса и, как следствие, гибель клеток путем апоптоза и некроза.

СЕКЦИЯ №11.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)

СЕКЦИЯ №12.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)

СЕКЦИЯ №13.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ДАКЛИНЗА И СУНВЕПРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Романова Е.Б., Хоменко И.Ю., Грушко И.П., Титирян К.Р., Погосян Л.М., Дубина Н.В.

Ростовский городской гепатологический центр, г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Хронический гепатит С (ХГС) представляет собой одну из наиболее актуальных проблем здравоохранения во всем мире [1,8]. По данным ведущих эпидемиологических центров России и ряда зарубежных стран, регистрируется стабильно высокий уровень заболеваемости хроническими формами HCV-инфекции [6]. Так, в настоящее время в мире насчитывается около 150 млн. человек, инфицированных вирусом гепатита С [2]. С отдаленными последствиями этого заболевания – циррозом печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномой связаны высокие показатели летальности [3]. При этом, ХГС является наиболее частой причиной развития ЦП. По официальным данным государственной и ведомственной статистики (Минздрава России и подведомственных ему федеральных ведомств и учреждений, Референс-центра по мониторингу за вирусными гепатитами Роспотребнадзора, Федеральной службы государственной статистики) в 2015 году общая смертность от исходов ХГС составила 11182. В то же время данные о показателях смертности от цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы в исходе ХГС у лиц трудоспособного возраста не публикуются (в статистических отчетах они не выделяются отдельной строкой).

Что касается Ростовской области, то и в этом регионе сложилась крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, связанная с широким распространением хронических форм инфекции, вызванной вирусом гепатита С. В частности, в регистр Ростовского гепатологического центра МБУЗ «Городская больница №1» им. Н.А.Семашко включены 9592 больных ХГС и циррозом печени. Из них 7865 (82%) – лица трудоспособного возраста. Удельный вес пациентов с «продвинутыми» стадиями заболевания – F3 и F4 по шкале METAVIR, т.е. с выраженным фиброзом и циррозом печени, составляет приблизительно 20-25%. Эти пациенты представляют собой приоритетную группу в отношении незамедлительного назначения противовирусной терапии (ПВТ). По состоянию на 1.11.2016г., в проведении ПВТ нуждаются 1050 больных ХГС.

Как известно, ПВТ является безальтернативным вариантом лечения ХГС [9]. До последнего времени стандартом лечения указанного контингента больных оставалась комбинация пегилированных интерферонов-альфа и рибавирина. Эффективность такого варианта ПВТ, по данным большинства авторов, не превышает 37-54% [4]. Кроме того, ее проведение сопровождается развитием целого ряда нежелательных явлений (побочных эффектов), что приводит к повышению финансовых затрат на их медикаментозную коррекцию, а в некоторых случаях требует даже отмены лечения [9].

С появлением препаратов прямого противовирусного действия, к числу которых относятся даклатасвир (даклинза) и асунапревир (сунвепра), открылись новые возможности лечения больных хронической HCV-инфекцией [5,7]. Так, в рандомизированном плацебо контролируемом исследовании 3 фазы комбинации даклатасвир+асунапревир (исследование HALLMARK DUAL, Manns M et al. Lancet 2014) продемонстрирована высокая эффективность, хорошая переносимость и безопасность данной схемы лечения у наиболее сложных контингентов – пациентов с циррозом печени и лиц пожилого возраста. Устойчивый вирусологический ответ (отрицательный результат детекции РНК HCV спустя 12 недель после завершения ПВТ) достигает 91%. Также было установлено, что для лечения «наивных» (ранее не получавших ПВТ) пациентов с ХГС комбинация даклатасвир+асунапревир является доминантной с позиций соотношения «затраты-эффективность» по сравнению с комбинацией пегинтерферон-альфа+рибавирин+симепревир [5].

В 2016 году Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ростовской области (РОФОМС) были выделены средства на приобретение препаратов прямого противовирусного действия – даклинза и сунвепра. В дневном стационаре инфекционного отделения №4 МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону с 01.07.2016г. начато проведение ПВТ 50 больным ХГС с выраженным фиброзом и пациентам с циррозом печени 1б генотипа.

Результаты исследования и обсуждение. Проведено лечение 20 больным ХГС с выраженным фиброзом (F3) и 30 пациентам с циррозом печени в исходе ХГС, кл. А по Child-Pugh. В число больных, получавших лечение даклинзой в комбинации с сунвепра, вошли 23 (46%) мужчин и 27 (54%) женщин. Средний возраст пациентов составил $53,5 \pm 1,3$ лет. С целью формирования приверженности к терапии со всеми пациентами была проведена индивидуальная беседа и получено информированное добровольное согласие на лечение указанными противовирусными препаратами.

Всем больным были назначены даклинза в суточной дозе 60мг и сунвепра по 100мг 2 раза в день. Продолжительность курса ПВТ составила 24 недели.

В ходе проведения ПВТ проводился ряд лабораторных исследований. Программа клинко-лабораторного мониторинга включала:

- 1) клинический осмотр пациента ежедневно;
- 2) общеклиническое исследование крови с обязательным подсчетом количества тромбоцитов 2 раза в месяц;
- 3) определение содержания в крови общего билирубина и уровня сывороточных трансаминаз (АлАТ, АсАТ) 2 раза в месяц;
- 4) детекцию в крови РНК HCV с определением уровня вирусной нагрузки спустя 4, 12 и 24 недели от начала ПВТ.

Анализ полученных нами данных показал, что у 49 из 50 пациентов уже на 4-й неделе лечения регистрируется положительный вирусологический ответ, т.е. в крови РНК HCV не обнаруживается. Лишь в одном случае (2%) у пациента с ХГС наблюдался «вирусологический прорыв» с многократным увеличением уровня вирусемии и 5-кратным повышением активности АлАТ. По этой причине ПВТ была прекращена.

В дальнейшем, спустя 12 недель от начала ПВТ неопределяемый уровень в крови РНК HCV продолжал регистрироваться у абсолютного большинства пациентов (98%). Важно отметить, что в число этих больных вошли 6 (12,2%) пациентов, «неответивших» на предыдущую стандартную ПВТ с использованием пегилированного интерферона-альфа в комбинации с рибавирином.

В наших наблюдениях, ни у кого из пациентов не наблюдалось каких-либо нежелательных явлений, что свидетельствует о высоком профиле безопасности данной схемы лечения.

По завершению противовирусной терапии методом анонимного анкетирования проведен опрос всех включенных в исследование пациентов и на этой основе составлен их «медико-социальный портрет». Наряду с нормализацией самочувствия, достижением УВО и удовлетворенностью организацией оказания медицинской помощи все пациенты осознали необходимость коррекции образа жизни.

Выводы:

1. Комбинация препаратов Даклинза и Сунвепра является высокоэффективным режимом безинтерфероновой терапии и обладает благоприятным профилем безопасности и переносимости.
2. Использование в схеме терапии препаратов Даклинза и Сунвепра не требует применение рибавирина.
3. При выборе схемы лечения больных ХГС с выраженным фиброзом и циррозом печени должно отдаваться предпочтение безинтерфероновым вариантам ПВТ, в частности, комбинированному применению препаратов прямого противовирусного действия – Даклинза и Сунвепра.

Список литературы

1. Богомолов П.О. Эпидемиология гепатита С в Московской области: данные регионального регистра и скрининга на антитела к HCV/П.О. Богомолов, А.О. Буеверов, М.В. Мацеевич [и др.]/Альманах клинической медицины. -2016.-Т.44,№6.-С.689-697.
2. Гепатит С. Информационные бюллетени №164 и 204. Центр СМИ. Женева, ВОЗ, 2013.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/ru/>;http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/1995332/Viral-Hepatitis-pres-Rus.pdf
3. Демографический ежегодник России.2013. Статистический сборник. М.: Росстат, 2013.-543с.
4. Зайцев И.А. Современная терапия пациентов с хроническим гепатитом С, генотип 1, не ответивших на предшествующий курс противовирусной терапии //Клиническая инфектология и паразитология- 2016,№1.-С.84-95.
5. Куликов А.Ю., Бабий В.В., Шестакова И.В. Фармакоэкономический анализ применения комбинации лекарственных препаратов Даклатосвир и Асунапревир для лечения хронического гепатита С на территории Российской Федерации // Фармакоэкономика: теория и практика.- 2016,№1.- С.123-130.
6. Никитин И.Г., Попович Л.Д., Потапчик Е.Г. Экономическое бремя хронического гепатита С в России //Эпидемиология и инфекционные болезни.-2015,№6.- с.1-5.
7. Сагалова О.И. Безинтерфероновая терапия хронического гепатита С //Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.-2015,№2.-С.41-51.
8. Csete J., Elliot R., Fischer B. “Viral Time Bomb”: Health and Human Rights Challenges in Addressing Hepatitis C in Canada. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, Centre for Addictions Research of BC and Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. Canada,2008, 22 p. <http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/11/ViralTime Bomb-ENG.pdf>. Просмотрово 22.11.2015.
9. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C. J. Hepatol.2015;63:199-236.

СЕКЦИЯ №14.

КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)

ИЗУЧЕНИЕ РАННИХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО НЕФРОАНГИОСКЛЕРОЗА

Фазлова И.Х., Усанова А.А., Гуранова Н.Н., Радайкина О.Г., Антипова В.Н.

ФГБОУ ВО «НИ МГУ имени Н. П. Огарева», г. Саранск

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из важнейших проблем практического здравоохранения. В развитых странах мира в настоящее время артериальной гипертензией страдает до 1 млрд. человек. По данным Росстата, у 30 млн. россиян (это 21 % от численности населения страны в целом) определяются повышенные цифры артериального давления (АД). Артериальная гипертензия влечет за собой поражение сердца, сосудов, головного мозга, с ней связано около 56 % случаев хронического поражения почек. Заболевание оказывает неблагоприятное влияние на прогноз и является частой причиной потери трудоспособности и инвалидизации населения [7]. Почки, активно участвуя в регуляции артериального давления, вовлекаются в патологический процесс независимо от механизмов развития артериальной

гипертензии, и их поражение является одной из ведущих причин возникновения терминальной почечной недостаточности [4, 5]. В связи с этим выявление ранних маркеров поражения почек при АГ является актуальной задачей.

Цель исследования: изучение внутривисочечной гемодинамики у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. Объектом исследования послужили медицинские карты стационарных больных кардиологического отделения ГБУЗ РМ «Мордовская республиканская клиническая больница». Проведен анализ 36 медицинских карт пациентов, страдавших гипертонической болезнью (ГБ). Обследованная группа состояла из мужчин, в возрасте от 29 до 82 лет, средний возраст пациентов составил $60 \pm 0,22$ года. В исследование не включались пациенты, имеющие в анамнезе сахарный диабет и заболевания почек, сопровождающиеся развитием хронической почечной недостаточности. Длительность гипертонической болезни в обследованной группе находилась в пределах от 1 до 25 лет, средняя продолжительность болезни составила $12 \pm 0,19$ лет. Максимальные уровни АД в обследованной группе составили от 180/110 до 260/150 мм.рт.ст., т.е. все больные страдали ГБ III степени.

Оценивали наличие и стадию хронической болезни почек по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [6]. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле СКД-ЕРІ. Были сформированы 2 группы пациентов в зависимости от значения скорости клубочковой фильтрации: 1 группу составили пациенты с сохраненной СКФ (оптимальной или повышенной) (58%, 21 человек); 2 группу – пациенты со сниженной СКФ (42%, 15 человек). Было проанализировано клиничко-лабораторные маркеры почечной дисфункции и результаты цветового дуплексного сканирования (ЦДС) почечных артерий внутри каждой группы пациентов.

По данным ЦДС почечных артерий анализировались линейная систолическая скорость кровотока (ЛСК) и индексы сосудистого сопротивления на уровне устьев почечных артерий, на уровне ворот почек и в сегментарных артериях почек.

ЛСК (или пиковая систолическая скорость) – это наибольшая линейная скорость движения отдельных частиц крови в потоке в момент его макси-мального ускорения в систолу. Измерение ЛСК имеет важное прогностическое значение. Этот показатель существенно изменяется при стенозах и других поражениях артерий и служит критерием их прогностической значимости. Асимметрия кровотока по пиковой скорости всегда является важным признаком нарушений внутривисочечной гемодинамики. ЛСК в основном стволе почечной артерии не превышает 100 см/сек. Наблюдается прогрессивное снижение ЛСК в дистальном направлении: на уровне ворот почек она составляет 50 – 80 см/с, в сегментарных артериях – 40 – 50 см/с.

ССК (средняя по времени скорость кровотока) – это скорость движения частиц крови в потоке, усредненная за время сердечного цикла. Значение ССК используется, в основном, для расчета пульсативного индекса и объемной скорости кровотока.

Индекс резистентности (индекс Пурсело, RI) рассчитывается как отношение разности пиковой систолической и конечной диастолической скоростей к пиковой систолической скорости. Индекс отражает состояние сосудистого сопротивления в исследуемой артерии и получил широкое распространение. Индекс резистентности в основном стволе почечных артерий в норме составляет 0,57 – 0,67, на уровне сегментарных артерий – 0,55 – 0,63.

Пульсативный индекс (индекс Гослинга, PI) – это отношение разности пиковой систолической скорости и конечной диастолической скорости к средней скорости. Пульсативный индекс также относится к индексам сопротивления и позволяет судить о сосудистом сопротивлении в исследуемых артериях. Название индекса связано с тем, что он показывает максимальный разброс скоростей в сосуде в течение одного сердечного цикла, т.е. одной пульсации. Индекс пульсативности в основном стволе почечных артерий в норме составляет 1,05 – 1,17, на уровне сегментарных артерий – 0,89 – 1,17.

Результаты и обсуждение. В первой группе СКФ находилась в пределах от 90 до 130 мл/мин и в среднем составила $104 \pm 0,76$ мл/мин, во второй группе СКФ была значительно ниже и в среднем составила $52 \pm 0,46$ мл/мин (от 27 до 86 мл/мин). В группе больных с нормальной СКФ возраст пациентов в среднем составил $54 \pm 0,04$ года, длительность АГ – $10 \pm 0,14$ лет. Средний возраст пациентов ($68 \pm 0,86$ лет) и длительность АГ ($15 \pm 0,06$ лет) в группе больных со сниженной СКФ оказались выше, что согласуется со многими эпидемиологическими данными, свидетельствующими о прогрессировании гипертонической нефропатии, связанной с возрастом и длительностью ГБ [3]. Уровни артериального давления также были выше в группе больных со сниженной СКФ. Средние значения максимального САД и ДАД в 1 группе

составили $201 \pm 0,43$ мм.рт.ст. и $113 \pm 0,33$ мм.рт.ст. соответственно. Во 2 группе показатели максимального САД и ДАД составили – $213 \pm 0,33$ мм.рт.ст. и $112 \pm 0,66$ мм.рт.ст. соответственно. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о наличии прямой взаимосвязи между АГ и хронической почечной недостаточности (ХПН). Так, по данным исследования MRFIT у лиц с высоким нормальным АД риск развития ХПН в 1,9 раз выше, чем у лиц с оптимальным АД. На основании этих и других данных в середине 90-х гг. был выдвинут тезис: «Чем ниже АД, тем меньше риск ХПН» [2]. Среднее значение уровня креатинина в 1 группе больных составило $98 \pm 0,95$ мкмоль/л; во 2 группе показатель креатинина был выше – $133 \pm 0,21$ мкмоль/л. Повышение уровня креатинина у больных АГ с нефроангиосклерозом свидетельствует как минимум о 3 стадии ХБП. Протеинурия имела место в 1 группе в 5% случаев, во 2 группе она встречалась чаще – в 60 % случаев.

Основной задачей исследования было определение значимости ультразвукового исследования почечных сосудов для ранней диагностики поражения почек при АГ. Во 2 группе больных ЛСК, PI и RI на всех исследованных уровнях оказались выше, чем в 1 группе. Несмотря на то, что средние значения индексов сосудистого сопротивления в 1 группе больных не выходили за пределы нормальных показателей, абсолютные значения пульсативного индекса и индекса резистентности в этой группе больных колебались в широком диапазоне. Более чем в половине случаев (52%) абсолютные значения PI и RI превышали норму. Более чувствительным оказался пульсативный индекс, его значения были выше нормы на всех исследованных нами уровнях почечных артерий (в устье почечных артерий, на уровне ворот почек и в сегментарных артериях). У этих же пациентов имела место гиперфльтрация: уровень СКФ у них превышал 90 мл/мин. Известно, что самые ранние стадии поражения почек при АГ характеризуются гиперфльтрацией, изменения внутрпочечной гемодинамики наблюдаются, когда нет еще привычных клинико-лабораторных признаков неблагополучия (снижения СКФ, проявления микроальбуминурии и, тем более, повышения уровня креатинина и развития протенурии) [1].

Таким образом, наше исследование показало, что у больных с нормальной СКФ в ряде случаев наблюдается повышение внутрпочечного сосудистого сопротивления на всех уровнях сосудистого русла почек. У всех больных со снижением СКФ сосудистое сопротивление стойко повышено. Повышение уровня креатинина развивается после снижения СКФ ниже 60 мл/мин и повышения индексов сосудистого сопротивления. Наиболее чувствительным показателем нарушения почечной гемодинамики при развитии нефросклероза, по данным нашего исследования, является пульсативный индекс.

Список литературы

1. Ефремова Н.П. Динамика распространения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Челябинской области по результатам мониторинга за 2002-2010 годы / Н.П. Ефремова, Н.Н. Валеуллина, В.Д. Соколов // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – №1. – С. 25–28.
2. Индукаева Е.В. Медико-социальные факторы риска развития артериальной гипертензии у работников угольных разрезов / Е.В. Индукаева, С.А. Макаров, М.Ю. Огарков // Системные гипертензии. – 2015. – №1. – С. 47–51.
3. Насруллаев М.Н. Значение ультразвукового метода исследования в оценке почечного кровотока у больных с артериальной гипертензией / М.Н. Насруллаев, Г.Р. Вагапова, Л.И. Баязитова // Медицинские науки. – 2011. – №9. – С. 104–106.
4. Насруллаев М. Н. Особенности внутрпочечной гемодинамики у больных с артериальной гипертензией / М. Н. Насруллаев, Л. И. Баязитова // Практическая медицина. – 2010. – № 5 (44). – С. 125–126.
4. Насруллаев М.Н. Особенности внутрпочечной гемодинамики у больных с артериальной гипертензией / М.Н. Насруллаев, Л.И. Баязитова // Практическая медицина. – 2010. – № 5(44). – С.125–126.
5. Научные ведомости Белгородского государственного университета. № 11: научн.-реценз. журн. / Изд-во «Белгород». – Белгород, 2013. – 224 с.
6. Смирнов А. В. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / А. В. Смирнов, Е. М. Шилов, В. А. Добронравов и др. // Нефрология. – 2012. – Т. 16. – № 1. – С. 89–115.
7. Чазова И.Е. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества

СЕКЦИЯ №15.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАСТУПЛЕНИЯ МЕНОПАУЗЫ

Дуросова П.А., Ильин М.В.

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

За последнее десятилетие существенно расширились представления о системных заболеваниях соединительной ткани, среди которых второе место по частоте занимает склеродермия. Установлено, что нарушения гуморального и клеточного иммунитета у больных склеродермией чаще регистрировались у женщин. Снижение клеточного иммунитета, особенно его супрессорного звена, при повышении активности гуморального иммунитета приводит к тому, что у женщин гораздо чаще, чем у мужчин, развивается аутоиммунный процесс. Прослеживается связь склеродермии с беременностью и менопаузой. В последние годы появились исследования об участии эстрогенов и прогестерона в реакциях синтеза коллагена и других компонентов соединительной ткани [1]. Известно, что половые стероиды, как эстрадиол, так и тестостерон угнетают фагоцитарную активность нейтрофилов, что возможно нивелируется повышением их окислительного потенциала [3].

Целью исследования являлось установление взаимосвязей между изменением функциональной активности нейтрофилов, уровня эстрадиола и тестостерона и наступлением менопаузы у пациентов, страдающих системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы

Обследованы 28 женщин, страдающих ССД, в возрасте от 18 до 72 лет (в среднем $45,5 \pm 16,2$ лет), длительностью заболевания 1–26 лет (в среднем $8,63 \pm 5,21$ лет). Для установления диагноза ССД применялись критерии Американской ревматологической ассоциации [197]. В контрольную группу включены 25 женщин в возрасте от 18 до 53 лет (в среднем $44,2 \pm 9,7$ года).

Диагноз ССД устанавливали на основании критериев Американской ревматологической ассоциации [4]. При определении вариантов течения и стадии развития ССД использовалась классификация Н.Г. Гусевой [2]. Принималась во внимание полиморфность и вариабельность клинических проявлений заболевания, характер течения, форма и преобладающая патология.

Выделение нейтрофилов периферической крови проводили на двойном градиенте плотности фиколла-урографина. Функциональную активность (ФА) клеток исследовали хемилюминесцентным методом. Для усиления хемилюминесценции (ХЛ) использовали люминол (ЛЛ), а также люцигенин (ЛН), который является селективным индикатором супероксид-аниона. О функциональном резерве клеток судили по коэффициентам активации хемилюминесценции (КА ХЛлл и КА ХЛлн), которые рассчитывали как отношение индуцированного показателя (иХЛлл и иХЛлн) к спонтанному (сХЛлл и сХЛлн). В качестве индуктора кислородзависимого метаболизма нейтрофилов использовали 1×10^9 взвесь убитых нагреванием клеток *S. aureus* штамма p-209.

Содержание эстрадиола и тестостерона в сыворотке крови человека определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов ИммуноФА-Эстрадиол (ЗАО «НВО Иммунотех», Россия) и Иммуно-ИФА-тестостерон (ЗАО «НВО Иммунотех», Россия). Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США). Осуществлялась проверка нормальности распределения количественных признаков. Для количественных признаков, имеющих распределение отличное от нормального, производилось

вычисление медиан и интерквартильных интервалов (Ме (25%; 75%)). Для сравнения двух независимых групп по одному признаку применяли критерий Манна-Уитни. Для изучения взаимосвязи двух признаков использовался корреляционный анализ по Спирмену. Критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 5%.

Результаты исследования

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей кислородзависимого метаболизма нейтрофилов у больных ССД в пременопаузе и постменопаузе

Показатель	Пременопауза (n=11)	Постменопауза (n=17)	p
сХЛлл, 10 ⁴ , имп/мин	1,2 (0,4; 5,6)	1,9 (0,4; 5,2)	0,96
иХЛлл, 10 ⁴ , имп/мин	1,1 (0,5; 9,0)	3,6 (1,2; 6,0)	0,42
сХЛлн, 10 ⁴ , имп/мин	1,5 (0,3; 2,1)	0,7 (0,2; 3,0)	0,78
иХЛлн, 10 ⁴ , имп/мин	0,5 (0,1; 1,4)	1,0 (0,1; 1,1)	0,42
КА ХЛлл, Ед	2,0 (0,09; 9,0)	2,7 (0,57; 5,6)	0,87
КА ХЛлн, Ед	0,31 (0,11; 0,81)	0,5 (0,22; 4,6)	0,42
NO ₃ /NO ₂ , мкМ/л	2,7 (1,5; 4,0)	1,4 (1,02; 5,4)	0,80

Примечание: * - p<0,05 по сравнению с контролем

Результаты статистического анализа свидетельствуют об отсутствии статистически значимых изменений кислородзависимого метаболизма нейтрофилов у больных ССД в периоды пре- и постменопаузы.

Таблица 2

Корреляционная матрица (R_s) взаимосвязи гормонов и функциональной активности нейтрофилов у больных ССД в пременопаузе и постменопаузе

Показатель	Пременопауза			Постменопауза		
	Эстрадиол	Тестостерон	Т/Э	Эстрадиол	Тестостерон	Т/Э
иХЛлл, 10 ⁴ , имп/мин	-0,18	0,13	0,33	0,08	0,78*	0,56*
сХЛлн, 10 ⁴ , имп/мин	-0,21	0,14	0,30	-0,13	0,28	0,26
иХЛлн, 10 ⁴ , имп/мин	0,47	0,35	0,21	0,24	0,18	-0,016
КА ХЛлл, Ед	0,07	-0,15	-0,11	0,09	0,26	0,13
КА ХЛлн, Ед	0,57	0,36	0,11	0,27	-0,18	-0,27
NO ₃ /NO ₂ , мкМ/л	-0,15	-0,42	-0,43	0,05	-0,46	-0,38

Примечание: * - p<0,05

Обнаружена сильная прямая корреляция между концентрацией тестостерона в сыворотке крови и потенциалом продукции активных форм кислорода нейтрофилами (R=0,78, p=0,0002), а так же прямая корреляция между уровнем продукции активных форм кислорода и индексом эстрогении (R=0,56, p=0,02).

Выводы

1. Уровень кислородзависимого метаболизма нейтрофилов не зависит от наступления менопаузы.

2. У пациентов в постменопаузе обнаружена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем тестостерона в сыворотке крови и потенциалом продукции активных форм кислорода.

Список литературы

1. Галлямова Ю.А. Очаговая склеродермия / Ю.А. Галлямова // Лечащий врач. – 2008. - №5.
2. Насонов, Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- 282 с.
3. Ширшев С.В. Влияние женских половых стероидных гормонов на микробицидную активность нейтрофилов / С.В. Ширшев, И.В. Некрасова // Проблемы эндокринологии. – 2010. – Т.56. - №1. – С. 26-30.
4. Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee: Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma) // Arthritis Rheum. - 1980. - 23. - P. 581-590.

СЕКЦИЯ №16.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА В Г. ОШ

Азимбаев Н. М., Абдыкайымов А.Т., Ешиев А.М.

Азимбаев Н. М. - Аспирант Ошского Государственного Университета, г. Ош, Кыргызстан;
Абдыкайымов А.Т. - Старший преподаватель хирургической стоматологии с курсом детского возраста
Ошского государственного университета;

Ешиев А.М. - док. мед. наук, профессор, зав. отделением челюстно-лицевой хирургии Ошской
межобластной объединенной клинической больницы, г. Ош, Кыргызская Республика)

Одной из самых актуальных медико-социальных проблем в современном мире являются врожденные пороки развития в связи с их высокой частотой и распространенностью. Для родителей, рождение ребенка с врожденной аномалией челюстно-лицевой области, является большим потрясением, поэтому от медицинских работников требуется дать родителям полноценные разъяснения о характере дефекта, особенностях кормления и ухода за ребенком, а также о способах устранения анатомофункциональных нарушений.

Одним из распространенных аномалий является короткая уздечка языка (анкилоглоссия) – малая врожденная аномалия челюстно-лицевой области, которая выражается в укорочении связки, соединяющей язык с дном ротовой полости, за счет чего ограничивается подвижность языка. По статистическим данным в нашей стране частота встречаемости коротких уздечек языка у детей сводится к 1 случаю на 1000 новорожденных, при этом в 3 раза чаще анкилоглоссия наблюдается у мальчиков, чем у девочек. У ребенка наличие короткой уздечки языка может вызывать функциональные нарушения, такие как трудности сосания, глотания, речеобразования, а так же патологическую травму тканей периодонта. Проблема короткой уздечки языка у ребенка является междисциплинарной, затрагивающей педиатрию, детскую стоматологию и логопедию.

В ротовой полости расположены три уздечки: подъязычная уздечка, уздечка верхней губы и уздечка нижней губы. Уздечка языка представляет собой складку слизистой, которая тянется примерно от середины нижней поверхности языка и прикрепляется к дну ротовой полости на расстоянии 0,5-0,8 см от шейки передних резцов. Нормальная уздечка языка выглядит как тонкий, растяжимый тяж, не сковывающий движения языка.

Наибольший процент встречаемости коротких уздечек носят наследственный характер. К ненаследственным факторам можно отнести вредное воздействие на эмбрион в первом триместре, в период формирования зубочелюстной системы. К числу этиологических факторов относят токсикозы беременности, вирусные заболевания женщины, прием лекарств (салицилатов, антибиотиков,

сульфаниламидов и др.), стрессы, воздействие профессиональных вредностей (работа с красками, лаками, химическими реактивами) и др. Считается, что малые аномалии развития чаще встречаются у детей, рожденным матерями в возрасте старше 35 лет.

В целом же причины формирования короткой уздечки языка у ребенка до конца не изучены. Выраженность функциональных нарушений у ребенка с короткой уздечкой языка зависит от протяженности и эластичности связки, места ее прикрепления, длины и гибкости свободного края языка.

В некоторых случаях, даже при короткой уздечке языка, ребенок сосет правильно и получает достаточное количество молока. У таких деток анатомическая особенность в виде анкилоглоссии может проявиться в более старшем возрасте, в период становления речевой функции. Короткая уздечка языка у ребенка препятствует правильной артикуляции соноров ([p], ([p´], [л], [л´]), шипящих ([ш], [ж], [ч], [щ]) и других звуков верхней артикуляции ([т], [т´], [д], [д´]). В логопедии данное состояние расценивается как механическая дислалия. При полиморфном нарушении звукопроизношения речь ребенка становится неразборчивой и непонятной для окружающих.

Короткая уздечка языка у ребенка может послужить причиной стоматологических проблем: открытого прикуса, прогнатии, смещения зубных рядов, образования диастемы между передними нижними резцами, развития гингивита и пародонтита, оголения шеек и формирования гиперестезии зубов. Ребенка старшего возраста и подростка с короткой уздечкой языка может беспокоить косметический дефект (V-образный кончик языка), постоянные надрывы уздечки, обильное слюноотделение во время речи, аэрофагия, храп и апноэ сна. Данная проблема может наложить негативный отпечаток на самооценку, породить эмоциональные и поведенческие проблемы, требующие вмешательства детского психолога.

В зависимости от особенностей строения языка и выраженности укорочения уздечки выбирают оптимальную методику хирургического лечения. После операции боли обычно не беспокоят, однако рекомендуется щадящий режим питания, исключающий горячие и твердые продукты. Для ускорения заживления раны назначали полоскания антисептическими растворами.

По окончании заживления приступают к занятиям с логопедом. Сама по себе операция не устранит дефекты произношения звуков, однако в большинстве случаев грамотный специалист достаточно быстро справляется с проблемами звукопроизношения у детей после подрезания уздечки языка.

Цель настоящего исследования

Определить статические данные оперативного лечения врожденных аномалий коротких уздечек языка по городу Ош.

Материалы и методы исследования

Для выявления статистических данных нами проведено ретроспективное изучение оперированных больных с врожденными короткими уздечками за период с 2015 по 2016 гг., получивших амбулаторное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования выяснено, что за период с 2015 по 2016 года амбулаторное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы получили 130 детей с врожденными короткими уздечками языка. Из них 95 мальчиков (73%) и 35 девочек (27%). В основном для удлинения уздечки языка применяют две следующие основные операции: френулотомию 55 больных и френулопластику 75 больных.

Короткая уздечка языка часто становится причиной появления воспалительных заболеваний. Из-за натянутости губы нередко возникают такие заболевания, как гингивит, пародонтит, хронические стоматиты, а иногда появляется повышенная чувствительность зубов. Помимо этого, короткая уздечка языка у ребенка способствует развитию кариозных изменений в пришеечной области резцов.

Френулотомию - тонкой, короткой уздечки обычно проводят новорожденным детям, когда возникает ограничение движения языка, что мешает грудному вскармливанию ребенка. Техника операции заключается в следующем: под инфильтрационной анестезией острыми ножницами пересекают уздечку поперек ее средней части, при этом образуется рана ромбовидной формы. При натяжении уздечки края ромба складываются в прямую линию. Края раны ушивают отдельными узловыми швами.

Френулопластика проводится под местной анестезией, при этом проводится поперечное иссечение уздечки острыми ножницами или скальпелем. После этого подрезаются тяжи в области разреза, стягиваются боковые края слизистой оболочки и мобилизуется. Мобилизованную слизистую оболочку ушивают с захватом глубоко лежащих слоев.

Пластика поперечным рассечением применяется при значительном укорочении уздечки языка, когда пластика встречными треугольными лоскутами не может дать желаемого результата. Операция технически проста

и заключается в том, что уздечку в средней трети рассекают поперечным разрезом до полного освобождения подвижной части языка. При максимальном поднятии кончика языка кверху прямая линия поперечного рассечения уздечки приобретает форму ромба. Ввиду большой подвижности и эластичности слизистой оболочки у основания языка края ее легко сблизить с боков и сшить их в продольном направлении.

Таким образом, проведение операции по устранению врожденных коротких уздечек языка дает хорошие результаты, и послеоперационные осложнения почти не наблюдаются.

Отсюда следует, несвоевременно начатое или неправильно проведенное лечение может только усугубить имеющуюся у ребенка патологию. Поэтому дети с врожденным пороком развития лица нуждаются в тщательно организованном уходе, наблюдении и лечении с участием челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, педиатра, оториноларинголога, психоневролога, логопеда, методиста по лечебной гимнастике, психолога.

Список литературы

1. Волошина А. А. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта [Текст] / А. А. Волошина // Молодой ученый. — 2011. — №2. Т.2. — С. 150-152.
2. Григорьева О.Ш., Алимова М.Я. Анализ морфологического и функционального обследования без нарушения контакта, со скученным и редким положением соседних зубов.// Ортодонтия. – 2010. – Т.51, №3. – С.42.
3. Показания к пластике уздечки языка у детей. / Г.А.Золотухина, С.Б. Ильина, Н.П. Захарова, Р.Л. Гальперина // Сборник научных трудов «Проблемы стоматологии детского возраста», Москва, 1994. С. 68-70.
4. Степанов А.Е. Пластика уздечки языка / А.Е. Степанов // Мир медицины. -1999. № 1—2. -С.27-28.
5. Суражев Б.Ю. Критерии определения размеров десны, мелкого преддверия полости рта и уровня прикрепления уздечек губ. //Труды 6 съезда СтАР.-М.-2000.-с. 251-253.
6. Харитон В.С., Мамай Л.Н., Моисейчик Л.Е. Влияние особенностей прикрепления мягких тканей в преддверии полости рта на состояние пародонта в детском возрасте. //Актуальные проблемы стоматологии.-Минск. 1983.-с. 128-129.

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Нуруев Э.А

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шарапов В.И.

Кафедра медицинской химии, Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа, как правило, развивается у лиц старше 40 лет, имеющих избыточную массу тела, и его симптомы нарастают постепенно. Больной может долго (до 10 лет) не ощущать или не обращать внимание на ухудшение своего здоровья. Однако несвоевременное начало лечения сахарного диабета 2 типа является неблагоприятным прогностическим признаком. У больных развивается нефропатия с исходом в почечную недостаточность, ретинопатия - поражение сетчатки глаз с опасностью потери зрения, полинейропатия - поражение периферической нервной системы. Для 75% больных характерно развитие атеросклеротического поражения сосудов. В свою очередь, прогрессирование атеросклероза при некорригированном диабете неизбежно приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркта миокарда, инсультов), являющихся основной причиной смертности населения. Таким образом, актуальность изучения проблемы сахарного диабета 2 типа для практической медицины

определяется как исключительно быстрым ростом заболеваемости, так и высокой степенью инвалидизации больных.

Цель исследования: Провести статистический анализ биохимических показателей углеводного и липидного обменов у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Нами проведен статистический анализ биохимических показателей углеводного и липидного обменов у 20 пациентов с впервые установленным диагнозом сахарного диабета 2 типа, находящихся на лечении в терапевтическом отделении ГБУЗ НСО ГКБ №12 с октября по декабрь 2015г. на основании изучения их историй болезни. Полученные данные подвергли статистической обработке с вычислением средней арифметической, ошибки средней арифметической, критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждения: Были проанализированы 20 историй болезней, их них 10 мужчин и 10 женщин. Средний возраст больных диабетом составил 56 лет. Оценка активности ферментов плазмы крови - щелочной фосфатазы (308 ± 15 ммоль/л), лактатдегидрогеназы (500 ± 50 ммоль/л) и панкреатической амилазы (38 ± 4 ммоль/л) показало, что они превышают показатели нормы, что свидетельствует о хронической стадии панкреатита. У 2-х пациентов выявлен панкреонекроз и был поставлен диагноз сахарного диабета 1 типа (инсулинзависимого). У 4-х пациентов отмечался высокий уровень триглицеридов ($3,4 \pm 0,3$ ммоль/л), ЛПВП ($2,2 \pm 0,2$ ммоль/л) и холестерина ($6,0 \pm 0,6$ ммоль/л), также у данных пациентов выявлены кетоновые тела в моче. У одного больного выявлено снижение коэффициента де Ритиса меньше 1, а также УЗИ исследование показало наличие у него выраженных диффузных изменений печени. У 4-х пациентов обнаружены воспалительные процессы желчного пузыря, что может увеличить риск желчекаменной болезни. Уровень НА/К у всех больных не отличался от нормы.

Выводы: Таким образом, у впервые госпитализированных больных с диагнозом сахарный диабет 2 типа выявлены не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и выявлены сопутствующие патологические процессы в печени, желчевыводящих путях, поджелудочной железе.

СЕКЦИЯ №17.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)

СЕКЦИЯ №18.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)

ЭЛЕКТРОННЫЙ ПАРАМАГНИТНЫЙ РЕЗОНАНС И ИССЛЕДОВАНИЕ ИШЕМИИ СЕРДЦА

Нуруев Э.А.

Научный руководитель: доктор. мед. н., проф. Н.Б. Волошина

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность. Метод ЭПР позволяет получить важную информацию о магнитных свойствах веществ, а так как магнитные свойства вещества находятся в прямой зависимости от его молекулярной структуры, то метод ЭПР является весьма перспективным для изучения строения веществ, а также визуализации в биологических объектах. Магнитные свойства вещества определяются магнитными моментами элементарных заряженных частиц - электронов и протонов, входящих в состав атомов и молекул вещества. Благодаря вращению вокруг собственной оси эти частицы имеют спиновый магнитный момент. Двигаясь в атоме или молекуле по замкнутой орбите, электроны приобретают орбитальный магнитный момент. Поскольку собственный магнитный момент протона примерно в 1000 раз меньше спинового магнитного момента электрона, магнитные моменты атомов, молекул и макроскопических тел определяется в основном спиновыми и орбитальными моментами электронов.

Цель исследования. Получение электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) в спектрально-пространственной области с применением растворимых парамагнитных зондов обеспечивает возможность пространственного разрешения и функциональных измерений живых объектов. Целью этого было изучение методов ЭПР для визуализации оксигенации и ацидоза ишемического миокарда.

Материалы и методы. Измерения кислорода ЭПР проводились с использованием изотопически замещенные 2H , 15N -дикарбоксипропил. Радикал имеет ширину линии ЭПР 320 мГс и линию, индуцированную кислородом. Уширение 0,53 мг / мм рт. ст., Обеспечение чувствительности к кислороду До 5 мМ. Измерения рН проводили с использованием ранее разработанного рН-чувствительного нитроксида имидазолина. Радикал имеет спектр ЭПР с рН-зависимым сверхтонким расщеплением, РК $\frac{1}{4}$ 6,6, обеспечивая чувствительность рН приблизительно 0,05 U в физиологический диапазоне.

Результаты и их обсуждение. ЭПР-картирование изолированных и перфузированных сердец крыс было выполнено в двумерной ρ спектральной области. Выраженная тканевая гипоксия наблюдалась в ишемической области сердца, после окклюзии левой передней нисходящей коронарной артерии. Окисление тканей частично восстанавливалось после реперфузии. ЭПР-картирование рН миокарда показало ацидоз ишемической области до рН 6,7-6,8.

Выводы. Данное исследование демонстрирует способность низкополюсного ЭПР и нитроксильных спиновых зондов для картирования миокардиальной оксигенации и рН. Разработанные подходы могут использоваться для неинвазивного исследования микроокружения на живых объектах. Также важность данного метода является изучение активности метаболизма тканей, и заблаговременное предотвращение ишемии сердечной ткани

СЕКЦИЯ №19.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)

АДАПТИВНАЯ РОЛЬ ВОЗРАСТАНИЯ СЛОЖНОСТИ МЫШЛЕНИЯ

Нуруев Э.А.

Научный руководитель: канд. филос.н., доц. Ярославцева А.В.

Кафедра философии, Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность. Мышление изучается почти всеми существующими научными дисциплинами, являясь в то же время объектом исследования ряда философских дисциплин, в частности, логики и гносеологии. Первым философом, который поставил вопрос о мышлении (ноэзис) был Парменид. Результатом такого мышления может быть как истина, так и мнение. Аристотель создал логику — науку о мышлении, в рамках которой он рассмотрел такие составные части мышления как понятие, суждение и умозаключение. Последователи Аристотеля акцентировали свое внимание на такой форме мышления как силлогизм и дедукция, что привело к созданию «мыслительной машины» Раймунда Луллия. Одной из заслуг Канта является различение аналитического и синтетического мышления. В наши дни важной, актуальной и интересной проблематикой является подробное изучение процессов эволюции мышления в онтогенезе от примитивных форм принятия решения и до сложных интегративно-дифференциальных исчислений коры больших полушарий, приведет к тому, что мы сможем сами регулировать определенные процессы, так как знаем как это строилось с течением времени. Философский спектр рассмотрения данной проблематики необходим для создания определенных групп гипотез, которые, будучи доказанными, примут свою истинность.

Цель исследования. Проследить процессы усложнения когнитивных структур и процессов в ходе эволюции и ответить на вопрос, каким образом когнитивная сложность упрощает жизнь.

Материалы и методы. Современная литература по когнитивной науке и эволюционной эпистемологии, классические философские (Парменид, Аристотель, Кант), биологические (Чарльз Дарвин), психологические (А.Н. Леонтьев) работы.

Результаты и их обсуждение. В ходе эволюции идет усложнение когнитивной организации живых существ: возникновение многоклеточных организмов, появление клеточных дифферонов, которые

выполняют разные функции, далее — формирование примитивной сенсорной психики, являющейся способностью реагировать на раздражитель при этом роль научения минимальна. Затем возникают живые организмы способны отражать внешнюю действительность целостно и предметно. Они осуществляют активный поиск положительных раздражителей, развиваются элементарные комбинационные формы мышления. Постепенно возрастает роль научения. Высокоинтеллектуальные существа (дельфины, обезьяны) подразумевают, помимо развитой способности научения, возможность решать задачи разными путями, сложные комбинационные формы мышления с новыми операциями. Следующим этапом было формирование новой когнитивной способности: сознания, позволяющего осуществлять высокоуровневое управление когнитивными процессами. Можно с высокой степенью достоверности предположить, что процесс когнитивной эволюции, возрастания когнитивной сложности не достиг принципиальных ограничений и ожидаемым является увеличение множества выполнимых операций, разнообразия внутри этого множества, качества их координирования (сложности организации) и т.п.. что дает сложным с когнитивной точки зрения организмам разнообразные преимущества.

Выводы. На данный момент когнитивная сложность является лучшим приспособительным аппаратом для жизни на нашей планете.

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)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНО ЗАНЯТОЙ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Абдыкерова М.Т., Тулебаев К.А., Куракбаев К.К.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

Актуальность проблемы. По данным Евростата за период с 2008 по 2015 года отмечалось увеличение доли самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 до 24 лет в следующих странах: в Италии с 10,5% до 14,7%, в Испании с 4,7% до 6,3%, в Великобритании с 3,5% до 4,9%, во Франции с 1,9% до 2,2%, в Германии с 1,3% до 1,5%, в других странах ЕС с 3,9 до 4,3%. В Польше по данным Евростата с 2008 по 2015 года отмечалось снижение доли молодежи в сфере самозанятости в возрасте от 15 лет до 24 лет с 5,7% до 5,1% [4]. Появление молодых людей в сфере самостоятельной занятости негативно влияет на социально-экономическое развитие стран [1]. Самостоятельно занятая молодежь не обладает необходимыми навыками или опытом работы, у них отсутствует адекватная информация о возможности трудоустройства, затруднен процесс поиска работы, и они с меньшей вероятностью смогут получить доступ к капиталу для начала бизнеса [2]. Самостоятельно занятые работники, в отличие от наемных работников, относятся к уязвимым слоям населения [3]. Самостоятельно занятое население имеет ограниченный доступ либо не имеют доступа к социальному обеспечению [6]. Доступ к медицинскому страхованию является важным фактором на рынке труда [5].

Актуальной проблемой на данный момент является появление молодежи в сфере самозанятости. Данное обстоятельство вызывает обеспокоенность, так как в семьях с низким доходом молодые люди вынуждены работать в сфере самозанятости, в дальнейшем это приводит к развитию неграмотности, снижению экономической производительности и причинению вреда здоровью.

В Республике Казахстан с 1 июля 2017 года внедряется обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) [7]. Государство прикладывает все усилия для обеспечения доступности в медицинских услугах гражданам РК. Одной из главных проблем на сегодняшний день является медицинское страхование самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 до 28 лет.

Цель работы: изучение деятельности самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 до 28 лет

Методы: анализ статистических данных Департамента статистики г.Алматы

Результаты:

В Республике Казахстан отмечалось повышение доли самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 лет до 28 лет за период с 2014 по 2016 года на 2% от общей доли молодежи в возрасте от 15 лет до 28 лет (рис.1).



Рисунок 1 – Доля работников в возрасте от 15 лет до 28 лет в сфере самозанятости за период с 2013 по 2016 года в РК [8]

По статусу занятости самостоятельно занятая молодежь в возрасте от 15 до 28 лет подразделяется на продуктивно и непродуктивно занятых работников. Среди продуктивно самостоятельно занятых лиц в возрасте от 15 до 28 лет за период с 2013 по 2016 года отмечалось увеличение доли мужчин на 17% и увеличение доли женщин на 19% (рис.2).

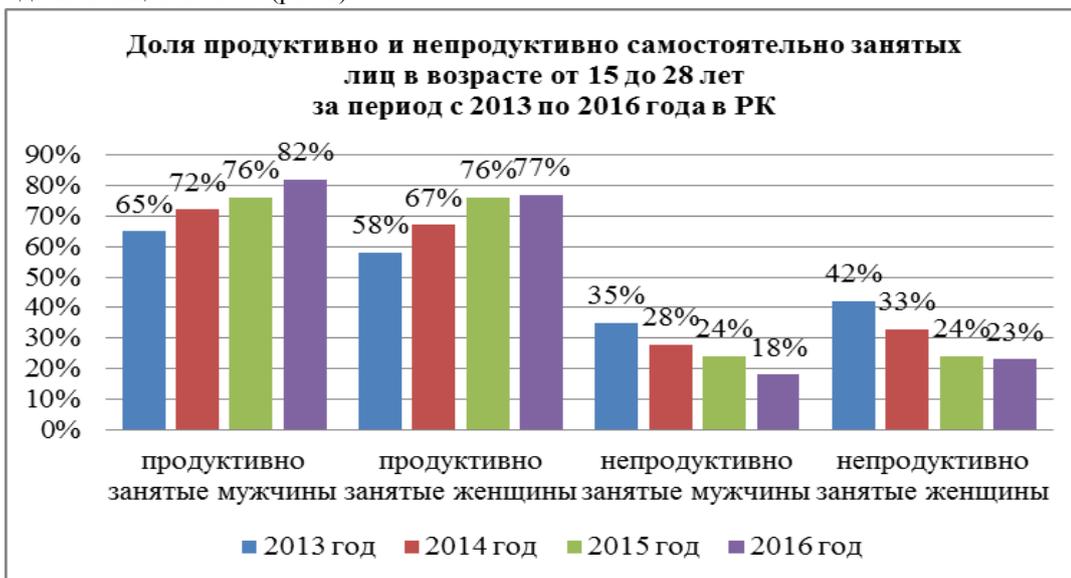


Рисунок 2 – Доля продуктивно и непродуктивно самостоятельно занятых лиц в возрасте от 15 до 28 лет за период с 2013 по 2016 года в РК [8]

Статус продуктивно и непродуктивно самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 до 28 лет подразделяется по видам деятельности (рис.3,4).



Рисунок 3 – Виды деятельности продуктивно самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 до 28 лет за период с 2013 по 2016 года в РК [8]

Среди продуктивно самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 до 28 лет за период с 2013 по 2016 года наблюдалось снижение доли работодателей на 3% и лиц занимающихся в личном подсобном хозяйстве производством продукции для продажи (обмена), с доходами выше величины прожиточного минимума на 2%; увеличение доли лиц, работающих на индивидуальной основе (зарегистрированных и активно действующих), с доходами выше величины прожиточного минимума на 6%; доля членов кооператива, с доходами выше прожиточного минимума приравнялась к нулю с 2015 года.



Рисунок 4 – Виды деятельности непродуктивно самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 до 28 лет за период с 2013 по 2016 года в РК [8]

Среди непродуктивно самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 до 28 лет за период с 2013 по 2016 года в РК наблюдалось уменьшение доли неоплачиваемых работников семейных предприятий на 9% и лиц, занимающихся в личном подсобном хозяйстве производством продукции для собственного потребления снизилось до 0%; наблюдалось повышение доли лиц, занимающихся в личном подсобном хозяйстве производством продукции для продажи (обмена), с доходами ниже величины прожиточного минимума на 12%, лиц, работающие на индивидуальной основе (зарегистрированные и активно действующие), с доходами ниже величины прожиточного минимума увеличилось на 14%, доля лиц, работающие на индивидуальной основе (недействующие из числа зарегистрированных и незарегистрированных) повысилось на 25%.

Результаты. Данный анализ позволил выявить увеличение доли самостоятельно занятой молодежи в возрасте от 15 до 28 лет до 10% от общей доли молодежи в 2016 году. Отмечалось превалирование продуктивно самостоятельно занятого населения среди мужчин (82%); среди них увеличение доли лиц, работающих на индивидуальной основе (зарегистрированных и активно действующих), с доходами выше величины прожиточного минимума (76%). Среди непродуктивно самостоятельно занятых лиц в возрасте от 15 до 28 лет за период с 2013 по 2016 года в РК преобладала доля женщин (23%); среди них лица, работающие на индивидуальной основе (недействующие из числа зарегистрированных и незарегистрированных) (51%).

Выводы:

1. Необходимо регулярно отслеживать уровень распространенности непродуктивной самостоятельно занятой молодежи в связи с внедрением ОСМС и необходимостью проведения отчислений в Фонд обязательного медицинского страхования для получения в дальнейшем медицинских услуг

2. Данная проблема требует детального изучения медико-социальных и экономических аспектов самостоятельно занятой молодежи, которые будут отражены в будущем в работах автора

Список литературы

1. David Card, Jochen Kluge, Andrea Weber What Works? A Meta Analysis of Recent Active Labor Market Program Evaluations. IZA Discussion Paper No. 9236 July 2015
2. Eurofound. 2015. Youth entrepreneurship in Europe: Values, attitudes, policies. Available from <http://www.eurofound.europa.eu> 1507en.pdf (last accessed 30 October 2015).
3. Jochen Kluge, Susana Puerto, David Robalino, Jose Manuel Romero Do Youth Employment Programs Improve Labor Market Outcomes? A Systematic Review. IZA DP No. 10263. October 2016
4. Robalino, David; Margolis, David; Rother, Friederike; Newhouse, David; Lundberg, Mattias Youth employment : a human development agenda for the next decade. Social Protection @ Labor June. Discussion Paper 1308 Report Number 83925 The World Region. 2013
5. Storey, D. J.; Greene, F.J. 2010. Small business and entrepreneurship. (Prentice Hall, Harlow, Financial Times).
6. Thealexa Becker and Didem Tüzemen Self-Employment and Health Care Reform: Evidence from Massachusetts. November 2014 RWP 14-16
7. Закон Республики Казахстан от 22 декабря 2016 года № 29-VI ЗРК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обязательного социального медицинского страхования»
8. Официальная статистическая информация (по отраслям). Труд. [Электронный ресурс] / Режим доступа: www.stat.gov.kz

О БОЛЕЗНЕННОМ И ЗАДАЧАХ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аппенянский А.И., Бойко Ю.П., Зуйкова Н.Л.

Российская медицинская академия последипломного образования (РМАПО),
Российский Университет дружбы народов (РУДН), Москва

Современная модернизация в сфере здравоохранения сопровождается социальной психотравмой для медиков, ранжировать её составляющие мы оставляем на усмотрение читателя.

Среди этих психотравмирующих воздействий отметим следующие:

- происходит ломка патерналистских представлений о роли медицины и связанных с этим благородных концепций смысла жизни врача как «человека благородства в белых одеждах», что нередко проявляется в снижении самооценки;

- персонал подвергается воздействиям кажущейся или истинной социальной несправедливости как в социальной среде вообще, так и внутри конкретного медицинского учреждения (лечебного, образовательного и др.);

- повсеместно наблюдается снижение вознаграждения за труд до рамок прожиточного минимума или сокращение штатов медицинских учреждений и потеря работы, обесценивание ценного;

- вознаграждение (зароботная плата) в значительном числе случаев не позволяет возместить затраты «медицинской» рабочей силы в физиологическом (еда, сон, возвращение детей и др.) смысле. Те же процессы отмечаются и в интеллектуальном и эмоциональном (профессиональный рост, затраты на отдых, в том числе - рекреационный, культурный досуг, обучение – регулярное и необходимое повышение квалификации за собственный счет и др.) и т.д. смыслах;

- врачи, сестры милосердия обескуражены тем, что из «благородного героя» в сознании многих они превращаются в того субъекта, на которого нередко направляются акты мести, наказания врачей, фельдшеров, среднего медперсонала; участились криминальные нападения на медиков;

- обеднение доступного рынка медикаментов и сильный акцент на платные медицинские услуги, диагностику и оказание помощи, нередко недоступной значительной части населения.

В сознании населения сие упрощенно превращается во «врачебную вину», тем более что СМИ (с подачи медицинских администраторов разного уровня) неустанно повторяют «байки» о том, как улучшается материальное обеспечение врачей и медицинских учреждений в целом, обеспеченность лечения как такового – в частности; приводятся сомнительные результаты опросов населения, которое, якобы, довольно существующим положением дел в отечественном здравоохранении.

Но информационная среда такова, что «секретов нет», и все знают и о таких проблемах как:

- неравномерное снижение доходов и материальное расслоение пациентов и связанные с этим социальные обиды;

- сокращение врачебных и штатов сестёр милосердия, коечного фонда в лечебных учреждениях, в том числе тех, куда раньше больные ложились, не секрет, по «социальным показаниям»;

- рост бумажной работы врача в связи с большой бюрократизацией его деятельности (не смотря на декларируемую дебюрократизацию), множеством медицинских инноваций и стремлением врачей и медицинской администрации угнаться за бумажной лавиной низвергающейся на них из различных «инстанций»;

- нападения и даже смертоубийство врачей и фельдшеров «скорых» и т.д.;

- истощение рабочей силы врачей и сестёр милосердия в связи с описанными обстоятельствами и ростом сверхурочных часов без оплаты;

- сокращение времени на непосредственную работу с пациентами по описанным причинам;

- снижение удовлетворенности врачей своим трудом и его результатами;

- невротизация медицинского персонала, пациентов и снижение их качества жизни.

Внимательное изучение этого длинного списка (и далеко не исчерпанного) актуальных проблем в жизни медицинских врачей и среднего медперсонала повышает необходимость расширения психотерапевтической и психологической помощи, предъявляет множество требований к врачам-психотерапевтам и медицинским психологам.

Невротизация медицинского персонала, пациентов и снижение качества жизни способствует развитию у коллег аффективных расстройств той или иной степени. Поначалу они укладываются в нозологию «Расстройство адаптационных реакций (F43.2) по МКБ-X. Известен синоним этого состояния – «профессиональное выгорание».

Формы, содержание и тяжесть симптомов зависят от анамнеза, особенностей личности, стрессовых событий, производственной и жизненной ситуации, жизненного опыта и восприятия переживаемого, устойчивостью к стрессам, ощущаемой «витальной опасностью» ситуации, перспективой происходящего.

Что же психотерапевты могут предложить народу и «властям предрержащим», *Úrbi et órbi?*

К сожалению, вынуждены признать, что повысить благосостояние медиков и остановить сокращения штатной и коечной численности здравоохранения по бюджетным причинам сейчас невозможно.

Предлагаем врачам ряд мер по само- и взаимопомощи в области самооценки и нормализации оценки качества жизни. Также - по нормализации психологического климата в связанном социуме – в медучреждениях и среди пациентов. В 2016 году Департамент здравоохранения Москвы по инициативе Ю.П.Бойко поручил на базе Больницы им.С.П.Боткина провести цикл лекций по вопросам деонтологии и профилактики «профессионального» выгорания. Лекции были необыкновенно востребованы специалистами, в зале на 500 мест нередко не хватало мест, слушатели занимали для сидения ступени амфитеатра. Наши лекции мотивировали коллег использовать собственные ресурсы актуализации и индивидуации, в более полном использовании собственных личных механизмов саногенеза:

- уважения к своей профессии как особой благородной деятельности;

- интереса к культурному наследию как средству повышения собственной креативности и удовлетворенности качеством жизни;

- образа жизни по клятвам Гиппократова и Войно-Ясенецкого;

- обмена опытом и поддержкой внутри профессионального медицинского сообщества и конкретных медицинских коллективов.

Лекции проводились в аудиовизуальном сопровождении (учебные фильмы по истории медицины, по деонтологии; специальный суггестивный видео-музыкальный ряд - В.Н.Красиков; фильм, снятый с участием одного из наших пациентов - А.А.Хамчишкин), а также «суггестивная песня» мотивирующего коллег содержания на активность и повышение самооценки.

Параллельно с этим нуждающиеся получали (в кулуарах) консультации по «индивидуальным» вопросам, приходили потом на терапевтические сессии.

По ходу лекций можно было наблюдать повышение интереса коллег к её предмету, также и появление в глазах тех «огоньков», которые свидетельствуют о достижении указанных целей - вдохновляющие инсайты.

Другими темами этих лекций и последующих запрашиваемых коллегами бесед было

- воспитание своих детей как основной смысл жизни, цель и интерес человека;
- достижение успеха в жизни, в любви, в работе, образовании и расширение жизненных интересов вообще;
- опыт совершенствования доброжелательных коммуникаций с пациентами, сотрудниками и руководителями;
- расширение интереса к таким средствам рекреации и расширения смыслов жизни как изобразительное искусство, театр – музыкальный и драматический и др.;
- использование спорта, туризма – как многоцелевых средств воспитания и отдыха, толерантного общения;
- роль коллег в развитии у нас в стране, в своей больнице, на территории и др. ростков гражданского общества.

Немаловажным было усвоение ими навыков построения позитивного образа желаемого будущего на фоне личностных ресурсов, интересов, потребностей, мотивов и возможностей.

Отдельно скажем о роли СМИ, особенно ТВ и Сетей. Не секрет, что пословица об одном спрашивающем, который может задать столько вопросов, что тысяча мудрецов на них не ответят, в этих Сетях находит подтверждение. А безапелляционность прослушивания зрителями этих вопросов, мнений и ответов из уважения к печатному слову или слову с экрана ТВ играет сегодня особую невротизирующую роль. Поэтому на упомянутых лекциях мы рекомендовали Коллегам игнорировать описанные сюжеты, утверждаться в своей принципиальной позиции, адаптироваться к «зашумлению разнообразных СМИэфиров».

Конечно, у авторов нет претензии на решение в краткой статье всех путей профилактики и помощи при социальных психотравмах, всех актуальных психосоциальных проблем медиков как «Людей в белых одеждах»... Уж простите покорно... Sapienti Sat... Но у нас есть убежденность, что нам не откажет здравомыслие, благородство помыслов и нас не оставит Создатель.

РЕАЛИЗАЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПОЛИТИКИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Задворная О.Л., Борисов К.Н.

(Задворная О.Л. - доктор медицинских наук, профессор, кафедра международного здравоохранения и иностранных языков РМАНПО; Борисов К.Н. - кандидат медицинских наук, доцент, кафедра международного здравоохранения и иностранных языков РМАНПО)

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация: В статье рассмотрены основные направления реализации европейской политики Всемирной организации здравоохранения в области сохранения и укрепления здоровья, основные подходы в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни граждан в Российской Федерации. Описан многолетний опыт кафедры международного здравоохранения и иностранных языков Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования в области дополнительного профессионального образования руководителей медицинских организаций по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, факторы риска, профилактика неинфекционных заболеваний

IMPLEMENTATION OF EUROPEAN POLICY THE WORLD HEALTH ORGANIZATION IN THE CONSERVATION AND STRENGTHENING HEALTH OF CITIZENS IN THE RUSSIAN FEDERATION

Zadvornaya O.L., Borisov K.N.

(**Zadvornaya O.L.** – Dr. Sci. (Medicine), Prof. of the Department of international health and foreign languages, RMACPE; **Borisov K.N.** - Cand. Sci. (Medicine), Assoc.Prof. of the Department of international health and foreign languages, RMACPE)

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (RMACPE)

Abstract: The article considers the basic directions of the European policy of the World Health Organization in the field of preservation and strengthening of health, the main approaches in the prevention of non-communicable diseases and formation of healthy lifestyle of citizens in the Russian Federation. Described long-term experience of the Department of International Health and Foreign languages of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education in the field of additional professional education for managers of medical organizations on prevention of non-communicable diseases and promote healthy lifestyles.

Keywords: health, healthy lifestyle, risk factors, prevention of non-communicable diseases

Здоровье граждан, как социально-экономическая категория, является неотъемлемой частью национального богатства Российской Федерации. Важнейшим стратегическим направлением сохранения здоровья нации является развитие профилактической направленности за счет совместных усилий государства и общества в области сохранения и укрепления здоровья человека на протяжении всей жизни, во всех сферах его деятельности.

Профилактика признана приоритетным принципом в сфере охраны здоровья граждан. Ключевую роль в решении поставленных задач играет развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни у граждан Российской Федерации с использованием межведомственного взаимодействия в целях создания единой профилактической среды.

Определены основные задачи межотраслевой стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни:

- выявление и снижение распространенности основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний и их детерминант;
- информирование населения о принципах ведения здорового образа жизни, развитие мотивации к их соблюдению;
- обеспечение необходимых условий для ведения гражданами здорового образа жизни и доступности их выполнения.

В России утвержден порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний, проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях. Порядок профилактики соединяет в единую систему мероприятия по формированию здорового образа жизни, выявлению заболеваний и их факторов риска в рамках диспансеризации, профилактических осмотров и диспансерного наблюдения [7, с. 2-4; 9,10].

Факторы риска могут быть *первичными*, зависящими от социально-экономических, политических, биотических, абиотических, антропогенных условий и *вторичными*, зависящими от патологических состояний, способствующих возникновению и развитию заболеваний.

Среди наиболее значимых *первичных факторов риска* - неблагоприятные условия окружающей среды, нерациональное питание, адинамия и гиподинамия, стрессовые состояния, табакокурение, алкоголизм, токсикомании, наркомании, низкое качество медико-санитарной помощи и др. Среди наиболее значимых *вторичных факторов* – наследственные, дегенеративные и хронические заболевания.

Факторы риска могут накапливаться у индивидуумов и взаимодействовать друг с другом, создавая множественный эффект: например, наличие нескольких факторов риска у одного человека повышает риск его смерти от болезней системы кровообращения в 5 - 7 раз.

Факторный анализ причин, приводящих к высоким показателям заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности, показал, что *влияние первичных факторов риска* составляет 65% [1, с 83-90].

Мировой практикой доказано, что неинфекционные заболевания приводят к глобальным социально-экономическим потерям населения многих стран мира, включая Российскую Федерацию. Всемирной организацией здравоохранения (далее - ВОЗ) изучены основные причины преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности в Европейском регионе. Среди них: сердечно-сосудистые заболевания, диабет, онкологические заболевания, хронические заболевания органов дыхания.

По данным ВОЗ, воздействие на основные факторы риска развития неинфекционных заболеваний позволяет предотвратить около 80% сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов и случаев диабета, около 40% случаев онкологических заболеваний [1, с. 83-90; 5, с. 2-5.].

В 2012 г. Европейский регион Всемирной организации здравоохранения принял новые подходы к реализации европейской политики в области здравоохранения, включая профилактику неинфекционных заболеваний. Европейская политика направлена на поддержку деятельности государства и общества в области сохранения и улучшения здоровья населения. В основе профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями лежат комплексные мероприятия, направленные на предупреждение развития и прогрессирования неинфекционных заболеваний посредством формирования здорового образа жизни, коррекции провоцирующих факторов риска неинфекционных заболеваний, улучшения качества жизни населения, увеличения численности трудовых ресурсов и экономического потенциала страны [2, с.2-5; 5, с. 2-5; 6, с.2-4.].

Европейская стратегия ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями широко поддерживается другими международными организациями.

В 2013 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения принят Глобальный план действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями на 2013–2020 гг., направленный на совершенствование деятельности систем здравоохранения в области профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, развитие межсекторального комплексного подхода, направленного на снижение факторов риска.

В 2014 г. ООН поддержан глобальный план действий и принят комплекс обязательств с конкретными временными рамками выполнения до 2018 г. [2, с.2-5; 5, с. 2-5.].

Основная цель Плана действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями заключается в предотвращении преждевременной смертности от управляемых причин; снижении неинфекционных заболеваний за счет комплексных действий по улучшению качества жизни населения; развитию популяционных программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний; максимальном охвате населения услугами в области сохранения и укрепления здоровья.

В 2013 г. государства-члены Европейского региона ВОЗ утвердили систему целевых ориентиров и индикаторов для мониторинга хода реализации и эффективности новой политики «Здоровье-2020», включающих [5, с. 2-5.]:

1. Снижение преждевременной смертности.
2. Повышение средней продолжительности жизни.
3. Повышение доступности медицинской помощи.
4. Повышение уровня благополучия населения.
5. Развитие подходов к обеспечению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.
6. Обеспечение принятия государствами-членами национальных целевых ориентиров в области здоровья.

Актуальной задачей в России является увеличение продолжительности жизни населения. За последнее десятилетие продолжительность жизни увеличилась более чем на 5 лет и, несмотря на имеющиеся экономические проблемы в стране, продолжает расти. [9, с.2-5].

По данным Росстата, в 2015 г. продолжительность жизни в России составила 71,39 года (рост на 0,46 года по сравнению с 2014 г. – 70,93 года), у мужчин – 65,92 года (рост на 0,63 года, в 2014 г. – 65,29 лет), у женщин – 76,71 лет (рост на 0,24 года, в 2014 г. – 76,47 лет). Рост продолжительности жизни в значительной мере связан со снижением смертности лиц трудоспособного возраста. Смертность лиц трудоспособного возраста в России (без учета Крымского федерального округа) в 2015 г. по сравнению с 2014 г. снизилась на 4,5%. [11,12].

В Российской Федерации отмечается стойко выраженная тенденция к увеличению численности лиц старше трудоспособного возраста. Если в 2001 г. их численность составляла 29887 тыс. человек, в 2011 г. - 31 809 тыс., то в 2015 г. - 35163 тыс. человек [11,12].

Поддержание и укрепление здоровья людей старших возрастных групп остается важной проблемой здравоохранения. Все более распространенными становятся сочетанные заболевания: они встречаются примерно у 65% людей в возрасте старше 65 лет, в связи с чем требуются более комплексные, ориентированные на пациентов, модели оказания медицинской помощи.

Отличительной особенностью демографической ситуации в Российской Федерации является значительный гендерный разрыв в продолжительности жизни населения. В 2011 г. он составлял 11,6 лет [1, с. 83-90]. Сравнительные данные по гендерному разрыву в некоторых европейских странах представлены в таблице 1[12].

Таблица 1

Гендерный разрыв в продолжительности жизни населения

Гос-во	Россия	Франция	Германия	Италия	Швеция	Великобритания	Исландия
Количество лет	10,8	7,5	6,0	6,0	4,7	4,7	3,6

В Российской Федерации за счет увеличения продолжительности жизни как женского, так и мужского населения, отмечается сокращение гендерного разрыва с 2010 г. с 11,2 лет до 10,8.

Европейский регион планомерно движется к достижению целевых ориентиров по сокращению преждевременной смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических заболеваний органов дыхания и диабета.

Ведущими факторами риска преждевременной смертности в Европейском Регионе ВОЗ являются: потребление табака (30% жителей употребляют табак и табачные изделия); потребление алкоголя (среднее потребление чистого алкоголя на душу населения составляет 11 литров); избыточная масса тела и ожирение (59% жителей имеют избыточный вес и страдают от ожирения) [2, с.2-5; 5, с. 2-5.].

Европейский регион характеризуется самыми высокими цифрами потребления табака и алкоголя в мире, по распространенности избыточной массы тела и ожирения он ненамного отстает от Региона стран Америки, где отмечаются наивысшие уровни данных показателей. Рост распространенности избыточной массы тела и ожирения вызывает особую тревогу в Южной и Восточной Европе. Навязчивый маркетинг высококалорийных пищевых продуктов, богатых солью, сахаром и насыщенными жирами, достигает широких масштабов. Около 75 % молодых людей не выполняют рекомендаций ВОЗ относительно физической активности [2, с.2-5; 5, с. 2-5.].

Основные факторы риска являются поведенческими: – употребление табака и алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность. Признавая остроту стоящих проблем, страны добились прогресса в реализации стратегий, направленных на преодоление данных факторов риска, что выразилось в последовательном снижении уровней потребления табака и алкоголя в Европе.

С 2014 года наша страна единогласно избрана председательствующей в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, российское антитабачное законодательство признано одним из наиболее эффективных.

В настоящее время табак и табачные изделия употребляют 40% жителей России. По данным Минздрава России, в 2015 г., впервые за 15 лет, наблюдается снижение уровня потребления табачных изделий. Этому способствовала активная антитабачная компания в стране. Более 95% организаций общественного питания соблюдают запреты, установленные антитабачным законодательством; 83% респондентов поддерживают запрет курения в общественных местах; увеличены акцизные ставки на сигареты на 28%; на табачную продукцию нанесена единая для всех стран Евразийского экономического союза информация, предупреждающая о вреде курения [1, с.83-90].

Отмечается стойкая тенденция по снижению потребления алкоголя на душу населения. Так в 2014 г. на душу населения приходилось 13,5 л, в 2015 г.- 11,5 л. в год.

Более 30% граждан России систематически занимаются физической культурой и спортом [1, с. 68; 11,12].

Диспансеризация населения признана одним из важнейших механизмов сохранения здоровья и снижения смертности населения [8, с.2-5; 10, с. 2-6.].

В 2015 г. прошли диспансеризации более 24 млн. человек. В ходе обследования граждан выявлено более 5,3 млн. случаев сердечно-сосудистых заболеваний (у каждого 4 гражданина), более 500 тыс. случаев болезней органов дыхания (у каждого 35), более 300 тыс. случаев сахарного диабета (у каждого 50). В результате диспансеризации у граждан выявлены факторы риска развития неинфекционных заболеваний: нерациональное питание – 26,3%, низкая физическая активность – 18,7 %, курение –16,3 %, избыточная масса тела – 15,9%, риск пагубного потребления алкоголя –1,3% [12].

ВОЗ выделены действенные меры, направленные на истоки проблем, выработаны рекомендации, направленные на приоритеты инвестиций и эффективные меры политики, нивелирующих факторы риска для населения, позволяющие снизить влияние факторов риска развития не только четырех основных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, диабет, хронические заболевания органов дыхания, онкологические заболевания), находящихся в центре внимания Глобального плана действий по неинфекционным заболеваниям, но и влияние других неинфекционных заболеваний и проблем, влияющих на качество жизни, в том числе, это психические расстройства, заболевания опорно-двигательного аппарата, болезни полости рта, насилие и травматизм [5, с. 2-5.].

Одним из основных ориентиров сокращения преждевременной смертности является снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 марта 2015 г. № 367-р утвержден План основных межведомственных мероприятий по проведению в 2015 г. Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, направленный на совершенствование системы профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, медицинской реабилитации, популяризацию здорового образа жизни, формирование гражданской ответственности у населения за состояние собственного здоровья [8].

В России создана сеть региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений (таблица 2) [3, с. 283-287; 4, с.90-92].

Таблица 2

Развитие сети региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений в Российской Федерации

Годы	Региональные сосудистые центры	Первичные сосудистые отделения
2011	79	145
2013	108	322
2015	128	416

В России функционируют более 67 тыс. школ больных с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и инсультом, школ родственников больных с инсультом.

По данным Минздрава России, отмечается устойчивое снижение смертности населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения (таблица 3) [12].

Таблица 3

Смертность населения России от болезней системы кровообращения.

Показатель смертности от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Годы		
	2013	2014	2015
	698,1	659,5	631,8

На кафедре международного здравоохранения и иностранных языков ФБГОУ ДПО РМАНПО Минздрава России накоплен определенный опыт в области профилактики неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни. На кафедре разработано руководство по формированию здорового образа жизни [1]. В процессе проведения учебных занятий с врачами-организаторами здравоохранения под руководством кафедры с использованием современных технологий обучения в течение 2014-2016 гг. подготовлены более 70 реферативных сообщений в области проблем организации работы по профилактике неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни, воздействию на управляемые факторы риска на социальном и поведенческом уровнях [3, с. 283-287; 4, с.90-92.].

Таким образом,

Характерной особенностью здравоохранения стран Европейского региона является высокий уровень профилактической активности в борьбе с опасными для жизни неинфекционными заболеваниями, направленной на увеличение продолжительности жизни и снижение преждевременной смертности населения.

Не смотря на достигнутый прогресс, высокие уровни таких важных факторов риска преждевременной смертности, как употребление алкоголя и табака, избыточная масса тела и ожирение, продолжают вызывать тревогу.

Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая снижение распространенных и наиболее значимых факторов риска, является приоритетной государственной и ведущей задачей отечественного здравоохранения.

Реализация дифференцированного подхода к организации профилактических осмотров и диспансеризации населения в рамках первичной медико-санитарной помощи в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дает существенный вклад в снижение заболеваемости и смертности населения в Российской Федерации.

Список литературы

1. Авалиани С.Л., Автандилов А.Г., Борисов К.Н., Задворная О.Л., Хотимченко С.А. Формирование здорового образа жизни. М.: ИД "Медпрактика-М".2014,1132 с.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ.2015 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/European-health>).
3. Задворная О.Л., Алексеев В.А., Борисов К.Н. Развитие профессиональных компетенций в подготовке управленческих кадров здравоохранения.М.: МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2015. том 6 (24) с. 283-287.
4. Задворная О.Л., Борисов К.Н. Использование проектных технологий обучения на циклах повышения квалификации управленческих кадров здравоохранения. Омск: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции "Актуальные вопросы и перспективы развития медицины". Выпуск 3. (Innovative development center of education and science). 2016. с.90-92.
5. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>).
6. Tulchinsky T.,Varavikova E. The new public health/ An Introduction//Amutah for education and Health, 1999.pp.1049 с.
7. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
8. Распоряжение Правительства России от 05.03.2015 г. № 367-р "Об утверждении плана основных мероприятий по проведению в 2015 г. в Российской Федерации Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями».
9. Приказ Минздрава России от 30.09. 2015 г. N 683н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях".
10. Приказ Минздрава России от 0.02.2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
11. Электронный ресурс: <http://www.gks.ru>.
12. Электронный ресурс: <http://www.rosminzdrav.ru>

ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ СПЕЦИАЛИСТАМИ ЗДРАВООХРАЕНЕНИЯ

Липатова Е.Л., Дубинский К.Л.

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва

Креативное агентство «Аврора», г. Москва

Осенью 2009 года стартовала масштабная национальная программа «Здоровая Россия», курируемая Министерством здравоохранения и социального развития РФ. По словам Татьяны Голиковой, «"Здоровая Россия" – это больше, чем набор мероприятий, и даже больше, чем долгосрочная программа. Это начало перемен в образе жизни страны, формирование современных стандартов жизни россиян. Здоровье, его качество должны стать приоритетами государства, общества, каждого человека» (Российская газета, №5000 (176) от 18.09.09).

Спустя 7 лет после запуска Вероника Скворцова во время выступления в ООН сообщила о заметных успехах программы: «Вследствие проведения активной антитабачной и антиалкогольной политики, последовательно снижается потребление табака и алкоголя в стране. С 2009 года в России число курильщиков снизилось на 25%, а потребление алкоголя – на 38%». По словам министра, проводится популяризация занятий физической культурой и спортом, правильного питания, создаются условия для здорового образа жизни.

Получить разъяснения по основам правильного отношения к своему здоровью и рекомендации лично для себя россияне могут в центрах здоровья, которые открыты во всех районах всех российских регионов на базе поликлиник и диагностических центров.

Для успешного продолжения программы важно единство врачебного сообщества в оценке методов профилактики заболеваемости и популяризации здорового образа жизни, а также осведомленность врачей и мерах, принимаемых на государственном уровне.

Нами было проведено лонгитудинальное социологическое исследование с целью изучения их отношения врачей к вопросам заботы о здоровье населения и профилактики вредных привычек. Первая волна была проведена в 2010 году, вторая – в 2017 году.

В исследовании участвовали слушатели курсов по организации здравоохранения и медицинской статистике кафедры медицинской статистики и информатики Российской медицинской академии последипломного образования. Всего было опрошено в ходе исследования в 2010 и 2017 гг. 354 чел. Вопросы обеих волн были идентичными и касались мер по снижению смертности населения, а также информационных программ, направленных на отказ от вредных привычек. Мы хотели выяснить, насколько об инициативах Министерства здравоохранения (в 2010 г – Минздравсоцразвития) осведомлены врачи на местах, и какие меры они считают действенными для решения поставленных программой задач

Несмотря на очевидные успехи, осведомленность врачей о федеральных программах по формированию здорового образа жизни у граждан России за период опроса практически не изменилось – тех, кто очень хорошо знает о программе, и в 2010 и в 2017 году было всего 23%. Большинство опрошенных что-то слышали об этих проектах – таких было 67% в 2010 и 65% в 2017 году. Ничего не знает о программе по-прежнему каждый десятый врач (рис.1).

В оценке приоритетных мер, которые должно принимать государство для снижения смертности, произошли довольно заметные изменения. Если в 2010 году большинство (67,5%) ставило на первое место массовое обучение профилактике заболеваний, то в 2017 вперед вышла обязательная диспансеризация – по сравнению с 2010 годом доля тех, кто назвал эту меру, достоверно увеличилась в 2 раза – с 30% до 60% ($p < 0,05$). Возросшую популярность этого варианта ответа можно связать с тем, что врачи на местах на своем опыте смогли оценить эффективность от программ диспансеризации, которые проводились в рамках программы «Здоровая Россия».

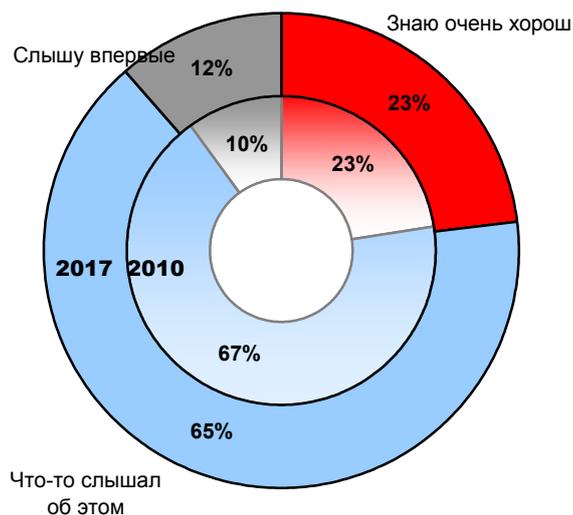


Рис.1. Знаете ли вы о федеральных программах Министерства здравоохранения и социального развития РФ по формированию здорового образа жизни у граждан России?

Значительно более популярным стал ответ «Массовая пропаганда занятий физкультурой и спортом» - его выбрало 24% в 2017 году против 10% в 2010 году ($p < 0,05$). Действительно, 7 лет назад было трудно было предсказать, что здоровый образ жизни станет настолько массовым и модным течением в обществе. Безусловно, не последнюю роль в этом процессе сыграли проекты Минздрава и общий социальный вектор, которые они задали. Стоит также отметить ответы «Повышение зарплаты врачей» и «Увеличение численности врачей» которые также стали заметно более популярны в 2017 году (рис.1). Можно сделать вывод, что после прошедшей в системе здравоохранения кадровых реформ некоторые специалисты стали более остро ощущать дефицит персонала и недостаток финансирования.

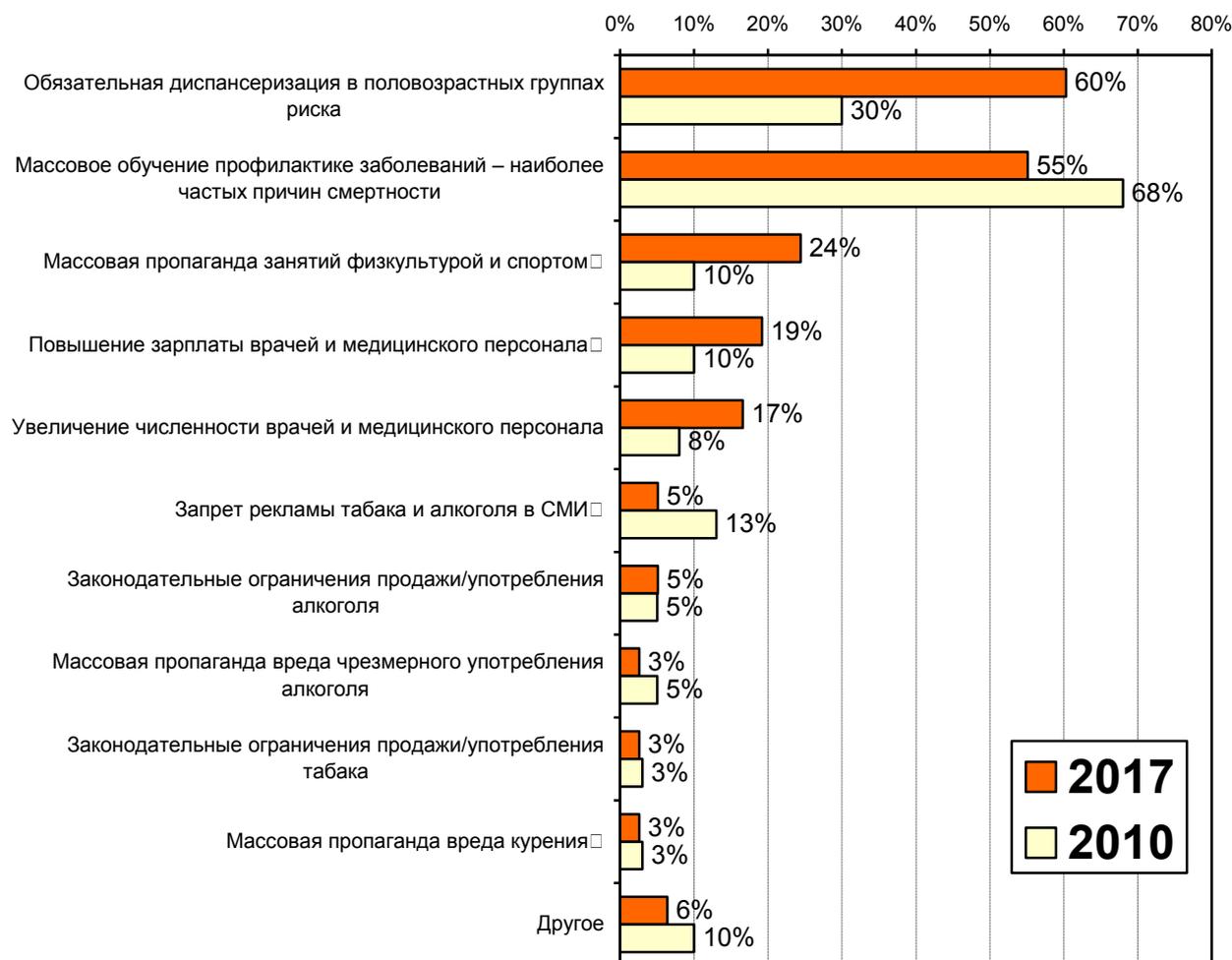


Рис.2. Какие меры в первую очередь должно предпринять государство для снижения заболеваемости и смертности населения? (допускался выбор не более 2-х вариантов).

Далее респондентам было предложено высказать свою точку зрения о потенциальной эффективности пропагандистских мер по приоритетным факторам риска для здоровья населения: потреблению алкоголя, курению и отсутствию профилактики опасных заболеваний. Сравнительное распределение полученных ответов приведено на рис.3. Динамика распределения ответов на все три вопроса показывает, что количество врачей-скептиков за последние 7 лет заметно уменьшилось. Наибольшие надежды, как и прежде, врачи возлагают на кампании по ведению профилактики заболеваний, являющихся наиболее частыми причинами смертности. Но если в 2010 тех, кто верил в эффективность такой кампании, было более 60%, то сейчас их уже 75%. Еще более значительный прорыв продемонстрировала антитабачная агитация – в ее эффективность поверило в 2 раза больше специалистов – 62% в 2017 году против 30% в 2010 году ($p < 0,05$).

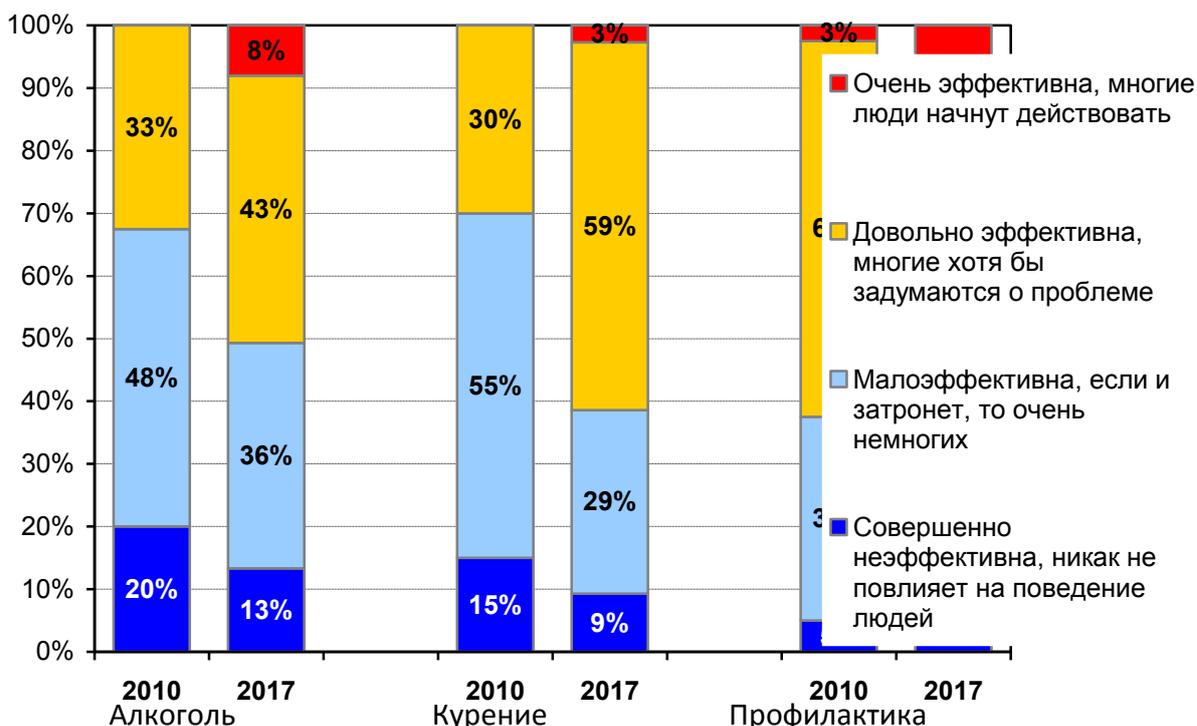


Рис.3. На ваш взгляд, насколько эффективной может быть федеральная информационная кампания, направленная на отказ от чрезмерного употребления алкоголя / отказ от курения / ведение профилактики заболеваний, являющихся наиболее частыми причинами смертности?

Также опрошенным врачам был задан вопрос об осведомленности об организации в России центров здоровья. Динамика ответов оказалась менее воодушевляющей. В 2010 году, когда центры только начали открываться, более 80% опрошенных врачей обладали как минимум отрывочными сведениями о них. Сейчас, когда сеть центров действует в полную силу, почти треть специалистов заявляет, что впервые о них слышит (рис.4).

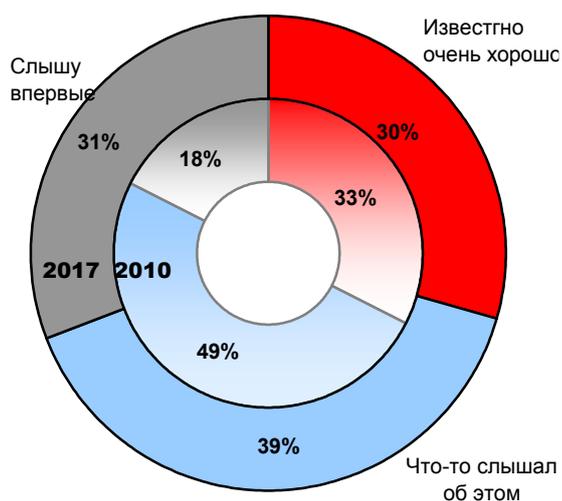


Рис.4. Известно ли вам об организации Центров здоровья на базе поликлинических учреждения, задача которых – консультации и первичная диагностика здоровых людей?

Проведенный опрос показал очевидные позитивные результаты программы «Здоровая Россия». Врачи поверили в эффективность популяризации здорового образа жизни, профилактики заболеваний, являющихся частыми причинами смертности, алкогольной и табачной зависимости. В то же время сохраняется существенная информационная дистанция между Минздравом РФ и специалистами

здравоохранения на местах. Врачи играют роль пассивных зрителей, которые наблюдают за успехами программы, в то время как могли бы стать ее полноценными участниками и повысить эффективность запущенных федеральных программ. Ведь именно врачи на местах служат проводниками коммуникаций, связанных со здоровьем граждан, как на профессиональном, так и на бытовом уровне. Поэтому мы считаем жизненно важным вовлекать широкий круг работников здравоохранения в глобальные инициативы Министерства здравоохранения РФ, создавая предпосылки для эффективной командной работы по улучшению здоровья граждан нашей страны.

АНКЕТА

1. Какие меры в первую очередь должно предпринять государство для снижения заболеваемости и смертности населения? *Выберите не более 2-х вариантов.*

- а). Обязательная диспансеризация в половозрастных группах риска
- б). Массовая пропаганда занятий физкультурой и спортом
- в). Повышение зарплаты врачей и медицинского персонала
- г). Увеличение численности врачей и медицинского персонала
- д). Законодательные ограничения продажи/употребления алкоголя
- е). Законодательные ограничения продажи/употребления табака
- ж). Массовая пропаганда вреда чрезмерного употребления алкоголя
- з). Массовая пропаганда вреда курения
- и). Запрет рекламы табака и алкоголя в СМИ
- к). Массовое обучение профилактике заболеваний – наиболее частых причин смертности
- л). Другое (*что именно*) _____

2. Знаете ли вы о федеральных программах Министерства здравоохранения и социального развития РФ по формированию здорового образа жизни у граждан России? *Только один ответ*

- а) Знаю очень хорошо
- б) Что-то слышал(а) об этом
- в) Слышу впервые

3. На ваш взгляд, насколько эффективной может быть федеральная информационная кампания, направленная на отказ от **чрезмерного употребления алкоголя**? *Только один ответ*

- а) Очень эффективна, многие люди сократят потребления алкоголя
- б) Довольно эффективна, многие хотя бы задумаются над проблемой алкоголя
- в) Малоэффективна, если и затронет, то очень немногих
- г) Совершенно неэффективна, никак не повлияет на потребления алкоголя населением
- д) Затрудняюсь ответить

4. На ваш взгляд, насколько эффективной может быть федеральная информационная кампания, направленная на отказ от **курения**? *Только один ответ*

- а) Очень эффективна, многие люди бросят курить
- б) Довольно эффективна, многие станут курить меньше, а некоторые бросят совсем
- в) Малоэффективна, если и затронет, то очень немногих
- г) Совершенно неэффективна, никак не повлияет на курения населения
- д) Затрудняюсь ответить

5. На ваш взгляд, насколько эффективной может быть федеральная информационная кампания, направленная на ведение **профилактики заболеваний, являющихся наиболее частыми причинами смертности**? *Только один ответ*

- а) Очень эффективна, многие люди начнут заниматься профилактикой
- б) Довольно эффективна, многие хотя бы задумаются о рисках для жизни и здоровья
- в) Малоэффективна, если и затронет, то очень немногих
- г) Совершенно неэффективна, никак не повлияет на поведение людей
- д) Затрудняюсь ответить

6. Известно ли вам об организации Центров здоровья на базе поликлинических учреждения, задача которых – консультации и первичная диагностика здоровых людей? *Только один ответ*

- а) Известно очень хорошо
- б) Что-то слышал(а) об этом
- в) Слышу впервые

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЧАСТИ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ушенин В.В.

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

Программа модернизации российского здравоохранения (далее – Программа) была принята Правительством Российской Федерации в конце 2010 года и начала реализовываться в 2011 году. По данным Счетной Палаты Российской Федерации общий объем финансирования Программы в 2011-2013гг. составил 694 миллиарда рублей. Впервые в Российской Федерации за счет средств федерального бюджета были осуществлены объемные инвестиции в здравоохранение субъектов Российской Федерации. В целях организации мониторинга реализации мероприятий Программы осуществлялось ведомственное статистическое наблюдение.

Одним из базовых направлений Программы стало внедрение современных информационных технологий в здравоохранение. И, хотя о необходимости информатизации здравоохранения и ее возможностях говорилось в течение последних 15 лет (Берсенева Е.А., Беркович В.Б., 2003; Берсенева Е.А., Седов А.А., 2014), это была первая Федеральная программа комплексной информатизации в современной России. На информатизацию здравоохранения в 2011-2013гг. было израсходовано более 31 млрд. руб.

В части внедрения современных информационных технологий в рамках статистического мониторинга осуществлялось формирование следующих сведений:

- объем финансовых средств;
- число медицинских организаций, включенных в программу;
- закупки и внедрение компьютерной техники (число единиц).

Сбор и формирование всех сведений было осуществлено в разрезе:

- плановых показателей, их изменения, фактических показателей;
- основных мероприятий Программы.

К основным мероприятиям Программы в части внедрения информационных технологий (далее – ИТ-мероприятия) были отнесены внедрение/организация:

- персонализированного учета медицинской помощи и электронной медицинской карты (далее – ЭМК) (в статистическом наблюдении эти два направления информатизации не были дифференцированы);
- электронной регистратуры;
- телемедицинских технологий и электронного документооборота (в статистическом наблюдении эти два столь разных направления информатизации также не были дифференцированы);
- регистра медицинского персонала;
- паспорта медицинского учреждения.

Для анализа реализации ИТ-мероприятий нами был дополнительно сформирован следующий перечень аналитических показателей:

- объем финансовых средств на 1000 чел. населения;
- уровень освоения финансовых средств;
- уровень внедрения ИТ-компонентов (удельный вес медицинских организаций, в которых данное мероприятие было выполнено от числа медицинских организаций, в которых оно было запланировано);

По данным статистического наблюдения на 01.07.2013г. финансирование ИТ-мероприятий было предусмотрено в объеме 29 млрд.руб., что составило в среднем 205,4 тыс.руб. на 1000 чел. населения. В разрезе субъектов Российской Федерации диапазон колебаний последнего из указанных показателей составил от 77,16 тыс.руб. до 713,7 тыс.руб., т.е. отмечаются почти десятикратные различия.

Уровень освоения финансовых средств на реализацию ИТ-мероприятий в среднем по Российской Федерации на 01.07.2013г. составил 85,5%. Почти четвертая часть (22,09%) финансовых средств была освоена в течение первого полугодия 2013 года. Эти данные наглядно свидетельствуют о необходимости достаточно длительного подготовительного периода к реализации подобных масштабных мероприятий. Так например, по данным отчета на 01.01.2013 г. в некоторых субъектах РФ уровень освоения средств составлял

менее 10%. в то время как на 01.07.2013 г. минимальное значение данного показателя составило 28,5%. На 01.07.2013г. только в 4-х субъектах РФ был ниже 50%. В 43-х субъектах Российской Федерации уровень освоения финансовых средств превысил 90%.

Число медицинских организаций, в которых были запланированы внедрение/организация персонафицированного учета медицинской помощи и ЭМК на 01.07.2013 г. составило 21 101 учреждение. Уровень внедрения в среднем по Российской Федерации составил 62,4%, т.е. был невысоким. Для сравнения отметим, что по данным на 01.01.2013г. данный показатель составил только 22,6%. В 20-ти субъектах Российской Федерации уровень внедрения указанной задачи не превысил 10% от планового показателя. В 37-ми субъектах Российской Федерации данный показатель превысил 90%.

Число медицинских организаций, в которых было запланировано внедрение электронной регистратуры на 01.07.2013 г. составило 15 890 учреждений. Уровень внедрения в среднем по Российской Федерации составил 82,8%. По данным на 01.01.2013г. данный показатель составил 62,7%. В 13-ти субъектах Российской Федерации уровень внедрения указанной задачи не превысил 10% от планового показателя. В 60-ти субъектах Российской Федерации данный показатель превысил 90%.

Число медицинских организаций, в которых было запланировано внедрение телемедицинских технологий и электронного документооборота на 01.07.2013 г. составило 14 568 учреждений. Уровень в среднем по Российской Федерации составил 80% (на 01.01.2013г. - 68,5%). В 10-ти субъектах Российской Федерации уровень внедрения указанной задачи не превысил 10% от планового показателя. В 64-х субъектах Российской Федерации данный показатель превысил 90%.

Закупки и внедрение компьютерной техники были запланированы в объеме 1 062 280 единиц. Данный показатель в течение первого полугодия 2013 года подвергался существенной корректировке - в среднем по Российской Федерации план закупок компьютерной техники был увеличен на 25%. Это свидетельствует о существенной недооценке роли материально-технического компонента информатизации при планировании ИТ-мероприятий. Дополнительным подтверждением этому является высокий уровень реализации ИТ-мероприятий в части закупок компьютерной техники: в среднем по Российской Федерации на 01.07.2013г. он составил 91,3%. Только в 3-х субъектах РФ уровень реализации закупок компьютерной техники был ниже 50%. Оценивая данный показатель, следует учитывать, что закупки и установка компьютерной техники по сравнению с закупками/разработками и внедрением прикладного программного обеспечения не сопряжены со столь серьезными проблемами.

Мероприятия по внедрению регистра медицинских работников и паспорта медицинских учреждений были выполнены практически всеми субъектами Российской Федерации (исходя из данных отчетов).

Распределение субъектов Российской Федерации по показателю комплексной оценки реализации мероприятий Программы в части ИТ

Таблица 1

Комплексный показатель	Число субъектов РФ	Комплексный показатель	Число субъектов РФ
0-25	2	51-75	16
26-50	7	76-100	54

Для формирования комплексной оценки нами была проведена балльная оценка по каждому из представленных выше показателей реализации Программы. Диапазон балльной оценки составлял от 0 до 20 в зависимости от уровня реализации мероприятия, выраженного в % (0 баллов: уровень реализации мероприятия - 0%; 20 баллов – 95,1-100%). Распределение субъектов Российской Федерации по показателю комплексной оценки реализации ИТ-мероприятий представлено в таблице 1.

Масштабные мероприятия Программы определили дальнейшее развитие здравоохранения Российской Федерации. Анализ эффективности их реализации способствует адекватному планированию на настоящий и последующий периоды. В части ИТ-мероприятий можно с уверенностью утверждать, что решающим фактором их успешности и эффективности явился уровень готовности территории к их реализации.

Список литературы

1. Берсенева Е.А., Седов А.А. Автоматизированный лексический контроль как средство повышения качества медицинских документов. // Менеджер здравоохранения. - 2014. - № 2. - С.49-53.
2. Берсенева Е.А., Беркович В.Б. Актуальность создания и внедрения медицинских информационных систем. // Здравоохранение. – 2003. - № 3. – С.71-75.
3. Реализация региональных программ модернизации здравоохранения 2011-2013 гг. в полном объеме не завершена – результаты проверки. 30.04.2014г. Официальный сайт Счетной палаты Российской Федерации (http://www.ach.gov.ru/press_center/news/17647).
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30.12.2010 № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь» (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_110626/).
5. Численность населения субъектов Российской Федерации на 01.01.2013г. (http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/afc8ea004d56a39ab251f2bafc3a6fce)

СЕКЦИЯ №27.

ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)

ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ АКТИВНОСТЬ L-МЕТИОНИН- γ -ЛИАЗЫ ИЗ *C. SPOROGENES* НА МОДЕЛИ МЕЛАНОМЫ В16 МЫШЕЙ

Давыдов Д.Ж. ¹, Романенко В.И. ¹, Комарова М.В. ², Манухов³И.В. ⁴,
Котова В.Ю. ⁴, Завильгельский Г.Б. ⁴

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

² Самарский государственный медицинский университет

³ Московский физико-технический институт (государственный университет)

⁴ ФГБУ Государственный НИИ генетики и селекции промышленных микроорганизмов

Применение ферментных препаратов, необратимо разрушающих определенные аминокислоты, в онкологии, основано на метаболической специфичности некоторых опухолевых клеток, характерной особенностью которых является отсутствие или низкая активность синтетаз определенных аминокислот [1, 2]. Среди представителей этого класса наиболее известна L-аспарагиназа *E. coli*, которая применяется для лечения острых лимфобластных лейкозов уже более 30 лет [3-5]. В последние годы выделены и изучены L-аспарагиназы из различных источников [6-8], L-лизин-альфа-оксидаза *Trichoderma cf. aureoviride* Rifai [9], L-фенилаланин-аммиак-лиаза [10], L-аргининдезиминаза [11] и др.

Метионин- γ -лиаза — пиридоксаль-5'-фосфат-зависимый фермент (МГЛ, КФ 4.4.1.11), катализирующий реакцию γ -элиминирования L-метионина с образованием метилмеркаптана, α -кетомасляной кислоты и аммиака. Ранее были определены параметры стационарной кинетики МГЛ *Clostridium sporogenes* в реакции γ -элиминирования L-метионина, а также установлена ее четвертичная структура [12]. При изучении фармакокинетики МГЛ *C. sporogenes* у мышей показано, что после однократного введения 500 Ед/кг АUC_{0- ∞} составила 13,88 \pm 0,39 Ед/(мл \times ч), а клиренс МГЛ *C. sporogenes* был лучше, чем у ближайших аналогов — МГЛ из *C. tetani* и *C. freundii* [13].

Цель исследования: определить противоопухолевую активность МГЛ из *C. sporogenes* на перевиваемой меланомы В16 мышей при внутрибрюшинном и внутривенном путях введения.

Материалы и методы

Животные. В опытах использовали мышей-самок *BDF₁* массой не менее 18 г, которых содержали в виварии при естественном освещении на брикетированном корме и постоянном доступе к воде. Перед

лечением мышей распределяли на группы (n=8–10). Одну группу оставляли без лечения и считали контрольной (n=10).

Модель опухоли. Штамм меланомы В16 получен из Банка опухолевых штаммов РОНЦ, в опытах использованы 4 пассажа *in vivo*. Опухоль трансплантировали мышам по стандартной методике подкожно [14, 15].

Препараты вводили внутривенно (в/в) или внутривенно (в/б) или внутривенно (в/в). Использовали готовую лекарственную форму МГЛ (получена и выделена в ФГБУ «ГосНИИгенетика»), лиофилизированная, а также пиридоксин (Виал, Россия, 50 мг/мл). Лечение начинали через 48 ч после трансплантации опухоли. МГЛ вводили в/в или в/б 20-кратно в дозах 500, 1000 и 2000 Е/кг с интервалом 12 ч. Пиридоксин вводили в/б в дозе 300 мг/кг в аналогичном режиме, одновременно с МГЛ. Непосредственно перед введением препараты вводили в изотоническом растворе натрия хлорида.

Оценка противоопухолевого эффекта. Эффективность лечения оценивали по торможению роста опухоли (ТРО%). Значимым считали $TPO \geq 50\%$ [14, 15].

Оценка переносимости лечения. О токсическом действии препаратов судили по состоянию и поведению животных, достоверному уменьшению массы тела ($\geq 30\%$) и селезенки (косвенные признаки общей и гематологической токсичности).

Статистическая обработка. Статистическую обработку проводили путем двухфакторного дисперсионного анализа. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты

На 10-е сутки после трансплантации наблюдался достоверный значимый противоопухолевый эффект: ТРО 59% в группе 2000 Е/кг в/б, 53% в группе МГЛ 1000 Е/кг в/б + пиридоксин и 50% в группе 500 Е/кг в/в + пиридоксин (табл. 1). Различия между группами МГЛ 1000 Е/кг в/б + пиридоксин и МГЛ 1000 Е/кг в/б; а также МГЛ 500 Е/кг в/в + пиридоксин и МГЛ 500 Е/кг в/в были статистически достоверными ($p < 0,05$), что говорит о повышении противоопухолевой активности МГЛ в присутствии пиридоксина.

Таблица 1. Размеры опухоли на 10-е сутки после трансплантации

Группа, доза и путь введения МГЛ	МГЛ, $M \pm m$, мм ³	МГЛ + пиридоксин, $M \pm m$, мм ³	Эффект пиридоксина
Контроль	1023,8±126,2	–	0,027
1000 в/б	735,9±155,6	466,6±115,7	
2000 в/б	401,3±119,7	–	
500 в/в	859,2±170,3	497,3±109,5	
1000 в/в	839,9±164,0	–	
Эффект МГЛ, p	0,037		0,741

На 14-й день после трансплантации (3 сутки после окончания лечения) наблюдаемый противоопухолевый эффект был менее выраженным, но в некоторых группах также достигал достоверных значений: 35% в группе 2000 Е/кг в/б, 45% в группе МГЛ 1000 Е/кг в/б + пиридоксин (табл. 2).

Таблица 2. Размеры опухоли на 14-е сутки после трансплантации

Группа, доза МГЛ	МГЛ, $M \pm m$, мм ³	МГЛ + пиридоксин, $M \pm m$, мм ³	Эффект пиридоксина, p
Контроль	3156,1±379,7	–	0,142
MGL 1000 в/б	2989,4±446,0	1737,3±337,9	
MGL 2000 в/б	2039,4±276,3	–	
MGL 500 в/в	2320,4±290,8	2477,0±406,6	
MGL 1000 в/в	3072,3±402,2	–	
Эффект МГЛ, p	0,215		0,061

По прошествии 18 суток после трансплантации (7 суток после окончания лечения) отличия в размерах опухолей контрольной и экспериментальных групп не достигали достоверных значений.

Переносимость всех видов лечения была удовлетворительной. Поведение мышей без особенностей, однако у всех животных на протяжении недели после лечения отмечали умеренную диарею без существенной потери массы тела ($\leq 20\%$).

Заключение

Модель опухоли меланомы В16 мышей обладает чувствительностью к МГЛ из *C. sporogenes*. Противоопухолевый эффект возрастает с повышением лекарственной дозы в пределах изученных схем лечения. Пиридоксин достоверно повышает противоопухолевый эффект МГЛ из *C. sporogenes* в отношении изученной опухолевой модели.

Изученная готовая лекарственная форма МГЛ может быть рекомендована для дальнейшего изучения в качестве противоопухолевого агента с целью выявления других чувствительных опухолевых моделей, а также диапазона эффективных и переносимых доз.

Список литературы

1. Покровский В.С., Лесная Н.А., Трещалина Е.М., Лукашева Е.В., Березов Т.Т. Перспективы разработки новых ферментных противоопухолевых препаратов / Вопросы онкологии. 2011. Т. 57. № 2. С. 155-164.
2. Покровский В.С., Трещалина Е.М. Ферментные препараты в онкогематологии: актуальные направления экспериментальных исследований и перспективы клинического применения / Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. 2014. Т. 7. № 1. С. 28-38.
3. Egler RA, Ahuja SP, Matloub Y. L-asparaginase in the treatment of patients with acute lymphoblastic leukemia / J Pharmacol Pharmacother. 2016. Vol. 7(2). P. 62-71.
4. Pokrovskaya M.V., Aleksandrova S.S., Pokrovsky V.S. et al. Identification of functional regions in the *Rhodospirillum rubrum* L-asparaginase by site-directed mutagenesis / Molecular Biotechnology. 2015. Т. 57. № 3. С. 251-264.
5. Pokrovsky V.S., Pokrovskaya M.V., Aleksandrova S.S., Kazanov M.D., Dyakov I.N. Comparative immunogenicity and structural analysis of epitopes of different bacterial L-asparaginases / BMC Cancer. 2016. Т. 16. № 1. С. 89.
6. Sannikova E.P., Bulushova N.V., Cheperegin S.E. et al. The modified heparin-binding L-asparaginase of *Wolinella succinogenes* / Molecular Biotechnology. 2016. Т. 58. № 8-9. С. 528-539.
7. Покровский В.С., Покровская М.В., Александрова С.С. и др. Физико-химические свойства и антипролиферативная активность рекомбинантной L-аспарагиназы *Yersinia pseudotuberculosis* / Прикладная биохимия и микробиология. 2013. Т. 49. № 1. С. 24.
8. Pokrovskaya M.V., Pokrovskiy V.S., Aleksandrova S.S. et al. Recombinant intracellular *Rhodospirillum rubrum* L-asparaginase with low L-glutaminase activity and antiproliferative effect / Biochemistry (Moscow) Supplement. Series B: Biomedical Chemistry. 2012. Т. 6. № 2. С. 123-131.
9. Pokrovsky V.S., Treshalina N.M., Sedakova L.A., Lukasheva E.V., Berezov T.T., Medentzev A.G., Arinbasarova A.Y. Enzymatic properties and anticancer activity of l-lysine α -oxidase from *Trichoderma cf. aureoviride* rifai ВКМФ-4268D / Anti-Cancer Drugs. 2013. Т. 24. № 8. С. 846-851.
10. Babich O.O., Prosekov A.Y., Pokrovsky V.S., Sokolov N.N., Anisimova N.Y. Recombinant L-phenylalanine ammonia lyase from *Rhodospiridium toruloides* as a potential anticancer agent / Biotechnology and Applied Biochemistry. 2013. Т. 60. № 3. С. 316-322.
11. Han RZ, Xu GC, Dong JJ, Ni Y. Arginine deiminase: recent advances in discovery, crystal structure, and protein engineering for improved properties as an anti-tumor drug / Appl Microbiol Biotechnol. 2016 Vol. 100(11) P. 4747-60.
12. Морозова Е.А., Куликова В.В., Яшин Д.В. и др. Кинетические характеристики и цитотоксическая активность рекомбинантных препаратов метионин- γ -лиазы *Clostridium tetani*, *Clostridium sporogenes*, *Porphyromonas gingivalis* и *Citrobacter freundii* / Acta Naturae. 2013. Т. 5. № 3 (18). С. 96-102.
13. Morozova E.A., Anufrieva N.V., Davydov D.Z. et al. Plasma methionine depletion and pharmacokinetic properties in mice of methionine γ -lyase from *Citrobacter freundii*, *Clostridium tetani* and *Clostridium sporogenes* / Biomed Pharmacother. 2017 Vol 88. P. 978-984. doi: 10.1016/j.biopha.2017.01.127
14. Трещалина Е.М., Жукова О.С., Герасимова Г.К. и др. Методические указания по изучению противоопухолевой активности фармакологических веществ. — В кн.: Руководство по

экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ // Под общей ред. Р.У. Хабриева. — 2 изд. — М. — Медицина. — 2005 г. — С. 637–651.

15. Chabner B.A., Longo D.L. Cancer Chemotherapy and Biotherapy: Principles and Practice. — 3rd ed., Philadelphia: Lippincott-Raven, 2001. — P. 678–699.

СЕКЦИЯ №28.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)

СЕКЦИЯ №29.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)

СЕКЦИЯ №30.

ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)

ОСОБЕННОСТИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ ГОРОДА ТУЛЫ

**Бессмертная Л.Н., Кожевникова Т.Н., Александрова О.В.,
Анисимова Н.А., Савкина А.Н.**

Тульский Государственный Университет, Медицинский институт, кафедра педиатрии, ГУЗ ГДБ №2,
детская поликлиника №2

Ключевые слова: дети, тиреоглобуллин, аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз

Исследования последних лет, выполненные на крупных популяционных когортах детей и подростков, как за рубежом, так и в нашей стране, убедительно показывают, что аутоиммунный тиреоидит (АИТ) в течение первых двух десятилетий жизни не является редким заболеванием(1). Как и среди взрослых лиц, распространённость АИТ в возрасте до 15-18 лет подвержена определённым климато-географическим, расово-национальным, генетическим и половым колебаниям, у детей она составляет в младшем и школьном возрасте от 0,2-0,4 до 2-4%(3). При этом частота АИТ уже в детстве и юности примерно на порядок выше среди лиц женского пола: так, у девочек и девушек она находится на среднем уровне около 1%, а у мальчиков и юношей — 0,1%. Принципиальных различий в частоте заболевания у детей, проживающих в йодобеспеченных и йоддефицитных регионах планеты, не прослеживается, но имеется неоднократно проверенная прямая зависимость между уровнем потребления йода населением и долей случаев АИТ в структуре диффузного нетоксического зоба (ДНЗ) в детском и подростковом возрасте(4). Чем эффективнее налажена йодная профилактика и чем лучше обеспечение детей йодом, тем ниже распространённость йоддефицитного варианта эндемического зоба и относительно чаще среди причин зоба фигурирует АИТ. По данным различных авторов (указать) факторами повышенного риска АИТ, особенно у девочек и девушек, являются:

1. Семейный анамнез, отягощённый по аутоиммунным тиреопатиям (диффузный токсический зоб, АИТ, аутоиммунная орбитопатия);
2. Неблагополучный преморбидный фон ребёнка, отягощённый по аутоиммунной соматической патологии (витилиго, очаговая алопеция, системная красная волчанка, гемолитическая анемия, аутоиммунные тромбоцитопатии, ревматоидный артрит, целиакия и т.п.) и/или по аутоиммунным эндокринопатиям (сахарный диабет типа 1, первичный гипокортицизм нетуберкулёзного генеза, и др.);
3. Отягощённый радиационный анамнез ребенка — рентгеновское облучение области головы, шеи и верхней части грудной клетки (с лечебной целью) и/или низко-интенсивное облучение ЩЖ радиойодом и всего тела радиоцезием;
4. отягощённый аллергологический анамнез ребёнка (сочетание трёх и более аллергических проявлений).

Одним из важнейших факторов, а возможно, и самым существенным, инициирующим развитие АИТ, является избыточное потребление йода. Источниками йода являются как пища (морские водоросли, йодированная соль, красные пищевые красители, йодные добавки в хлебе, муке, консервантах), так и лекарственные средства (йод, раствор Люголя, амиодарон, поливитамины и т.д.). Роль йода в развитии аутоиммунного процесса объясняют его способностью модифицировать стереохимическую форму молекулы Тг(2). Молекула Тг человека содержит четыре тирозиновых остатка, которые могут связываться с ионами йода. Показано, что Тг может содержать не менее 40 антигенных детерминант. Окисление избыточных ионов йода тиреоидной пероксидазой (ТПО) сопровождается продукцией активных радикалов гипойодной кислоты и кислорода, которые, повреждая мембрану тироцитов, могут привести к развитию их онкоза(3).

Применение высоких доз экзогенных интерферонов I типа значительно увеличивает риск развития АИТ.

Пусковым механизмом могут быть различные инфекционные заболевания, вызванные вирусом гепатита С, EBV, HTLV-1, парвовирусом В19, *Yersinia enterocolitica*, травмы и операции на щитовидной железе.

Генетическая обусловленность АИТ подтверждается ассоциацией его с антигенами системы HLA, чаще DR3 и DR5. Повышенная частота АИТ у женщин возможно отражает связь между генами X-хромосомы и развитием аутоиммунного процесса, а также влиянием эстрогенов на функцию В-лимфоцитов(3). Под воздействием неблагоприятных факторов генетически обусловленные дефекты иммунокомпетентных клеток ведут к срыву естественной толерантности и инфильтрации щитовидной железы макрофагами, лимфоцитами, плазматическими клетками, образованию антител к тиреоглобулину, микросомальным белковым структурам фолликулярного эпителия. Циркулирующие аутоантитела кооперируются на поверхности клеток фолликулярного эпителия с Т-лимфоцитами-киллерами и оказывают цитотоксическое воздействие на гормональноактивные клетки щитовидной железы, вызывают деструктивные изменения в тиреоцитах. Следствием этих процессов является снижение функции щитовидной железы. Уменьшение выработки тиреоидных гормонов стимулирует повышение синтеза ТТГ с последующим развитием зоба (5). Так формируется гипертрофический вариант АИТ, впервые описанный Хашимото и получивший его имя. Согласно рекомендациям Ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению аутоиммунного тиреоидита у детей, гипертрофическая форма АИТ (зоб Хашимото) диагностируется на основании наличия следующих признаков заболевания:

- увеличение объема щитовидной железы (> значений 97-центильного коридора);
- повышение более чем в 2 раза титра антител к ТПО в сыворотке крови;
- наличие характерных ультразвуковых изменений структуры щитовидной железы (диффузная гетерогенности на фоне сниженной эхогенности, участков изо- и гиперэхогенности, эхо-признаков фиброзных тяжей).

У детей в подавляющем большинстве случаев выявляется гипертрофическая форма АИТ.

Вирусной инфекции сегодня отводится ведущая роль как кофактору в этих мультифакториальных заболеваниях. Наиболее привлекательным механизмом считается следующий: под влиянием любой инфекции происходит дифференцировка моноцита, в котором вирус находится в латентном состоянии, в макрофаг, а это является условием для реактивации вируса в пораженных тканях. Иммунная система не может элиминировать вирус, который в инфицированной клетке продуцирует ряд провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИНФ- γ и ФНО- α), а также способствует росту клонов активированных Т-лимфоцитов. Все это утяжеляет и пролонгирует воспалительный процесс. Очень важным моментом является то, что эти активированные клетки становятся способными к перекрестной реакции не только с вирусными белками, но и с собственными, тем самым приводя к аутореактивности. Этот процесс описан как молекулярная мимикрия. Предполагают также, что вирусы могут непосредственно обладать цитотоксичностью и вызывать лизис тиреоцитов, способствуя высвобождению свободных аутоантигенов, индуцируя срыв естественной толерантности и развития антитиреоидного иммунитета у лиц с генетической предрасположенностью к АИТ.

Заболевание развивается постепенно, общее состояние может не страдать, а может быть слабость. Первый и основной симптом – увеличение ЩЖ 1-2 степени. Изменяется ее плотность, консистенция (чаще плотная, но может быть и мягкая при небольшой длительности заболевания), увеличение ЩЖ равномерное, но нередко асимметрично за счет правой доли. Поверхность гладкая, но чаще неровная, бугристая вследствие неравномерной плотности в одной доли или чаще в верхних полюсах, что создает впечатление

об узловатых и смешанных формах. Болезненности обычно нет. В отличие от взрослых, у детей атрофической формы практически не бывает.

У подавляющего большинства детей и подростков с начальной стадией АИТ клинические признаки нарушения функции щитовидной железы отсутствуют и сохраняется эутиреоидное состояние. Однако в каждом пятом случае диагностируется субклинический гипотиреоз. При этом у пациента нет явных клинических симптомов гипофункции щитовидной железы, и гипотиреоз диагностируется на основании повышения уровня ТТГ в сыворотке крови, тогда как уровень тиреоидных гормонов (Т₃, Т₄) может оставаться в пределах нормы. У небольшого числа пациентов ранние стадии АИТ могут протекать с гипертиреозом.

Дети с АИТ в фазе субклинического и явного гипотиреоза, так же как больные другими формами ДНЗ, часто отстают в физическом, половом и интеллектуальном развитии, а также в 1,5-2 раза чаще сверстников имеют различные хронические соматические заболевания.

Учитывая выраженную актуальность всего вышеизложенного, нами было изучено состояние проблемы у детей, проживающих в одном из промышленных районов города.

Цель исследования: определить распространенность АИТ у детей в возрасте от 0 до 18 лет, проживающих в промышленном районе г. Тулы; выявить факторы, влияющие на развитие АИТ; оценить возрастную и половую структуру наблюдаемых детей; показать эффективность проводимой терапии.

Материалы и методы: проведен анализ амбулаторных карт форма №112, детей, стоящих на диспансерном учете у врача детского эндокринолога за 2014-2016 годы. пациентов.

Результаты и обсуждение: на диспансерном учете в 2014 году по поводу АИТ находилось 43 ребенка, из них в возрасте от 0 до 14 - 22 человека (из них впервые выявленные 3), от 15 до 18 - 21 (впервые выявленные 8), что составило 0.05% от детей, проживающих в городе. (рис №1). В 2015 году по поводу АИТ находилось 50 детей, из них в возрасте от 0 до 14 - 24 человека (из них впервые выявленные 3), от 15 до 18 - 26 (впервые выявленные 3), что составило 0.06% от детей, проживающих в городе. (рис №2).

В 2016 году по поводу АИТ находилось 43 ребенка, из них в возрасте от 0 до 14 -22 человека (из них впервые выявленные 3), от 15 до 18 - 21 (впервые выявленные 3), что составило 0.05% от детей, проживающих в городе. (рис №3).

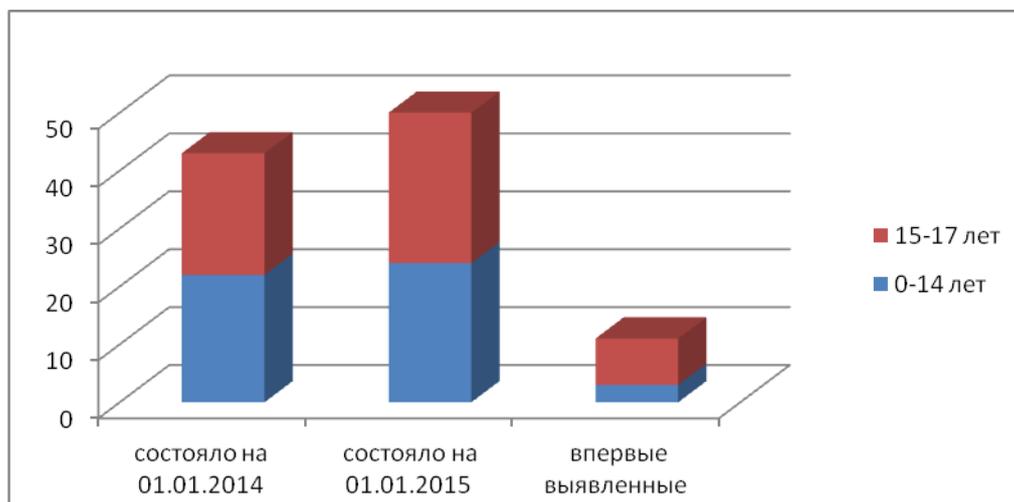


Рис. №1 Показатели распространенности АИТ в 2014 году

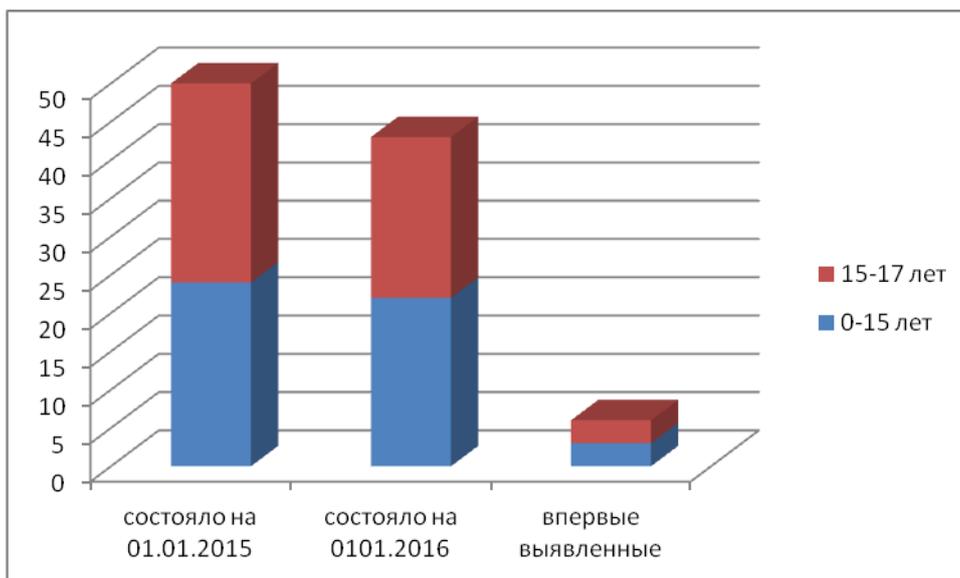


Рис.№2. Показатели распространенности АИТ в 2015 году

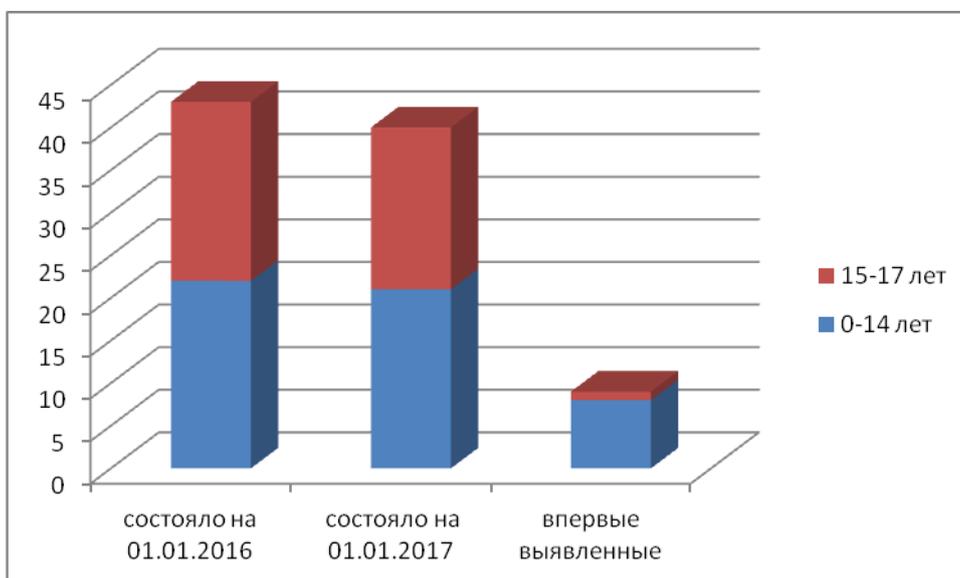
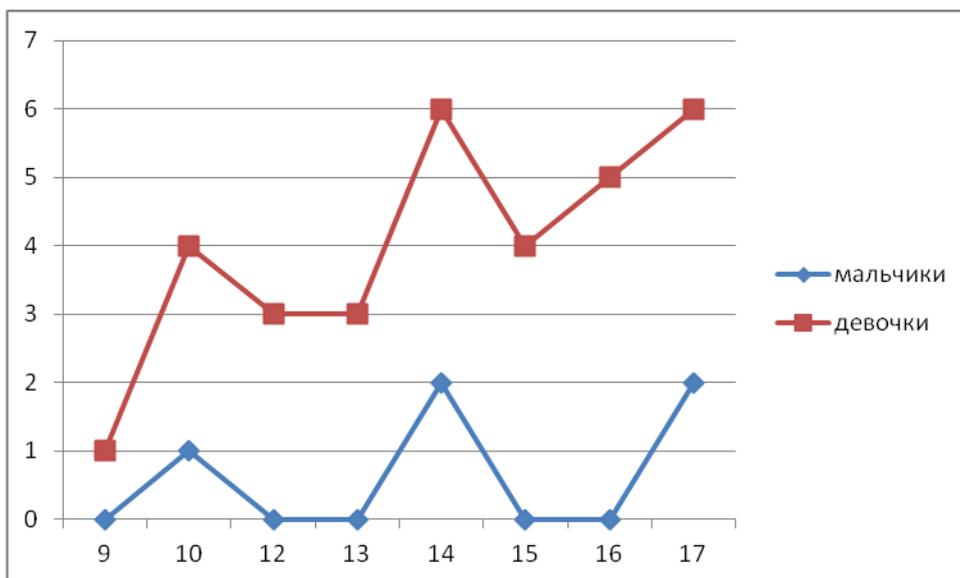


Рис.№3. Показатели распространенности АИТ в 2016 году

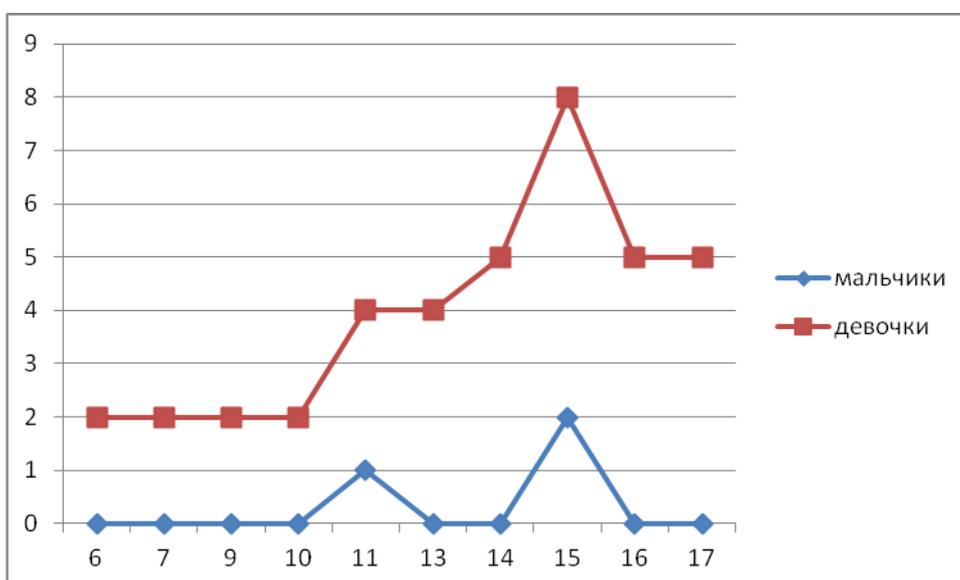
Таким образом, сравнение показателей распространенности АИТ позволило установить, что ежегодно отмечается рост выявления АИТ у детей, преимущественно в группе подростков.

Изучение анамнеза жизни этих детей позволило выяснить, что в 54% имела место отягощенная наследственность по аутоиммунным заболеваниям: коэффициент корреляции АИТ у ребенка с другими аутоиммунными заболеваниями матери (сахарный диабет 1 типа, витилиго, ДНЗ и др.) составил 0,69. Изучение соматического статуса детей показало, что 11% детей имели отягощенный аллергоанамнез (атопический дерматит), у 10% детей был выявлен сахарный диабет 2 типа, у 6% детей выявлена бронхиальная астма, а у 5% детей имеется синдром Дауна.

Распределение показателей заболеваемости в зависимости от пола, показало, что ежегодно среди детей с АИТ преобладают девочки, во всех возрастных подгруппах (рис №4, рис №5).



Рис№4. Показатели распространенности АИТ в зависимости от пола(2015 год)



Рис№5. Показатели распространенности АИТ в зависимости от пола(2016 год)

Таким образом, как следует из представленных данных основным периодом, когда имеет место рост АИТ у детей, являются пре и пубертатные возрастные периоды. Гендерный анализ показателей распространенности АИТ по годам не выявил существенной разницы (рис 6).

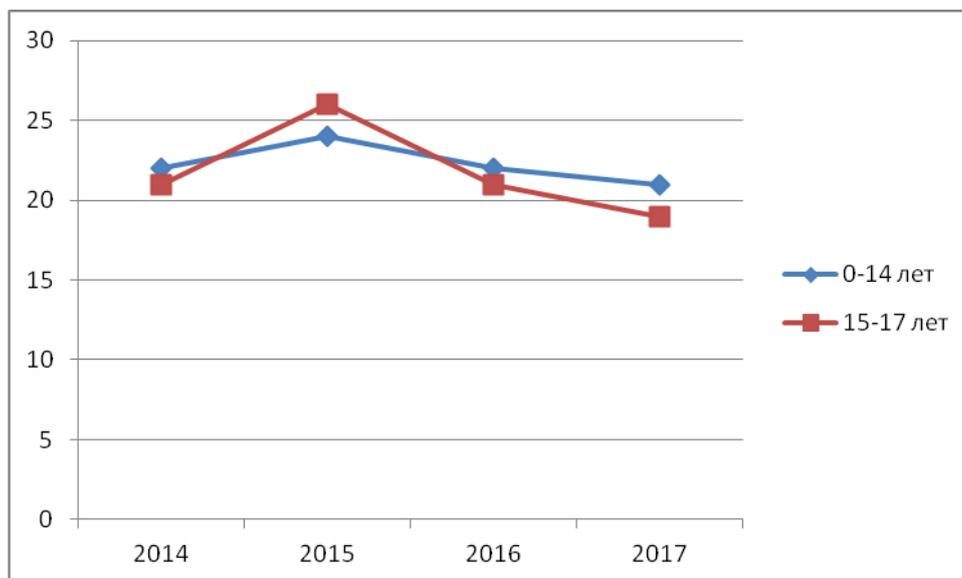


Рис.№6. Гендерный анализ показателей распространенности АИТ по годам

Всем пациентам с АИТ проводилась терапия, включающая назначение L-Тироксин, Тиамазол в возрастной дозировке. Анализируя эффективность проводимой терапии, следует отметить, что на фоне адекватного лечения имеет место отчетливая положительная динамика в состоянии детей с АИТ. Несмотря на впервые выявленные 9 случаев аутоиммунного тиреоидита, в 2016 году сняты с учета 12 подростков и 9 детей в возрасте до 14 лет, что составило более 50 % пациентов, в 22 случаях (более 50%) имела место регрессия патологического процесса и уменьшение зоба 2 степени до 1 (9 случаев), а также уменьшение зоба 3 степени до 2 (13 случаев). Рис.№ 7

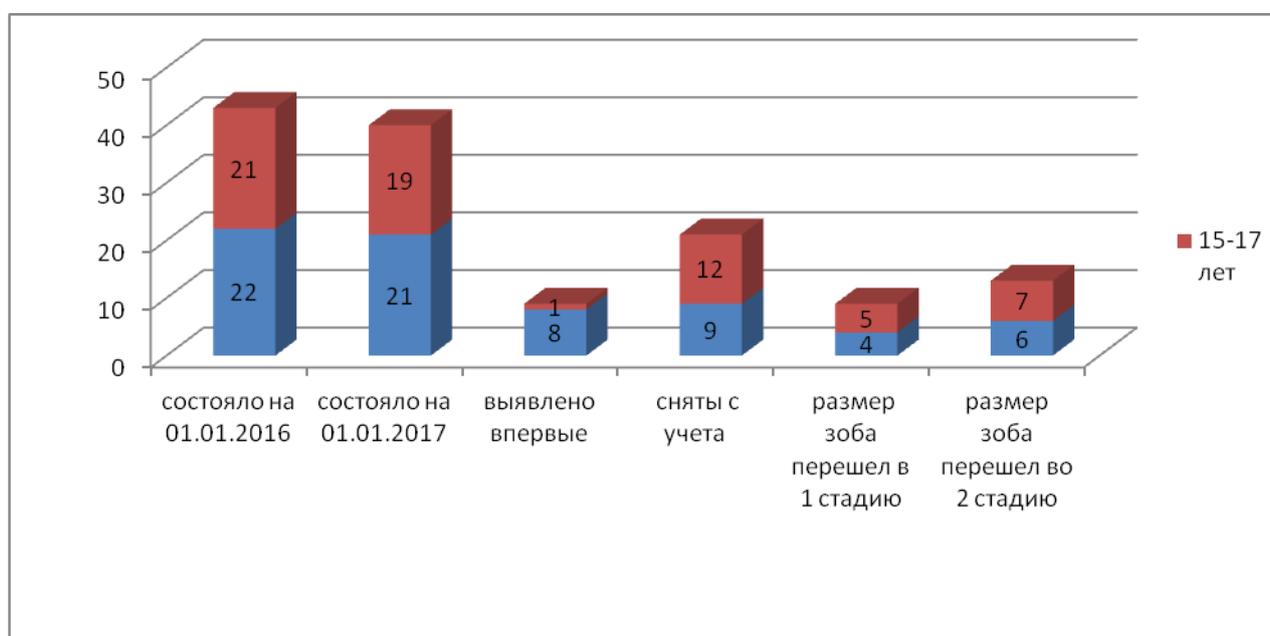


Рис № 7. Динамика наблюдения за пациентами с АИТ за 2016 год

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать следующие **выводы:**

- Проблема аутоиммунного тиреоидита у детей региона является весьма актуальной, распространенность заболевания составляет 0.05%, что соответствует литературным данным по этому вопросу
- Возраст, в котором наиболее часто выявляется данная патология, пре – и пубертатный период
- Достоверно чаще заболеванию подвергаются девочки

- Среди факторов, влияющих на формирование АИТ, в указанной категории детей, можно указать на отягощенную наследственность детей по аутоиммунным заболеваниям (системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.) - 54 % и отягощенный аллергоанамнез (11% детей страдают БА).
- Своевременная диагностика и рациональное лечение АИТ, позволяет сохранить высокое качество жизни пациентов с данной патологией и предупредить развитие более тяжелых форм заболевания
- Повторное исследование анти тиреоидных антител у детей с установленным диагнозом АИТ проводить нецелесообразно, так как они не имеют прогностического значения в развитии заболевания. У детей с вероятностным диагнозом АИТ при отсутствии антител при первичном обследовании показано их повторное определение в течение первого и второго года наблюдения
- Все дети с установленным диагнозом АИТ и вероятностным диагнозом АИТ нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении, которое обязательно включает УЗИ щитовидной железы. Контрольное ультразвуковое исследование ЩЖ следует проводить всем детям 1 раз в 6-12 месяцев.
- Гормональное обследование (ТТГ и сТ₄) следует проводить всем детям при первичном обследовании и 1 раз в 6 месяцев – пациентам, не получающим терапию. У пациентов, получающих терапию, следует контролировать уровень ТТГ 1 раз в 6-12 месяцев.

Список литературы и источников

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреология: Учеб. пособие. — М.: Медицина, 2007. — 816 с.
2. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы (2-е изд.). — СПб.: Питер, 2001. — 416 с.
3. Уроки тиреологии: пособие для врачей / Под ред. акад. РАЕН М.М. Велдановой. — Петрозаводск: ИнтелТек, 2005. — 542 с.
4. Караченцев Ю.И., Гончарова О.А., Герасименко В.Л. Частота и структура госпитальной тиреоидной патологии в возрастно-половом аспекте // Проблемы эндокринной патологии. — 2004. — № 2. — С. 60-63.
5. Никулин Б.А. Оценка и коррекция иммунного статуса. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 307.
6. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А., Герасимов Г.А. Аутоиммунный тиреоидит, первый шаг к консенсусу // Проблемы эндокринологии. — 2001. — Т. 47, № 4. — С. 7-14.
7. Barzilai O., Ram M., Shoenfeld Y. Viral infection can induce the production of autoantibodies // Curr. Opin. Rheumatol. — 2007. — Vol. 19 (6). — P. 636-643.

ЭКГ КАК ОТРАЖЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Кожевникова Т. Н., Шелякова О. А.

Тульский государственный университет, г. Тула;
ГУЗ ТГКБ СМП им. Д. Я. Ваныкина, г. Тула

Введение

Заболевания органов дыхания – распространенная патология в детском возрасте [3]. Это подтверждается данными статистики: известно, что в структуре заболеваемости детей, проживающих на территории Тульской области, в возрасте от 0 до 14 лет в 2014 году преобладающим диагнозом, установленным впервые в жизни, являются болезни органов дыхания (69,4%). При этом по частоте выявляемости они стоят на первом месте как у детей 1 года жизни – 47,8%, так и в структуре первичной заболеваемости подросткового населения (15-17 лет) – 57,5% [1].

Патологическое воздействие на сердечно-сосудистую систему оказывают такие обстоятельства, как гипоксия, воспалительный процесс, а также факторы патогенности инфекционного агента. Чем длительней кислородная недостаточность, тем значительней снижение количества энергетических ресурсов кардиомиоцитов, в результате чего поддержка необходимого обмена энергии и веществ представляется для миокарда невозможной. Таким образом, гипоксическое повреждение клеток проводящей системы сердца может быть причиной нарушений сердечного ритма [2]. Перекисное окисление липидов (ПОЛ) всегда

сопровождает воспалительный процесс, что приводит к дезорганизации функциональной активности всех клеток. Помимо прочего, продукты ПОЛ обладают аритмогенным эффектом, что может быть причиной ненормальной реакции ССС, которая проявляется синусовой тахикардией [6]. Инфекционные агенты вызывают целый комплекс патоморфологических изменений в сердечно-сосудистой системе, имеющий очаговый характер. При аутопсии у детей, умерших от пневмонии, обнаруживаются септические очаги в интерстиции миокарда и в периваскулярной зоне в виде очаговой лейкоцитарной инфильтрации, которые в основном располагаются в субэпикардальных зонах миокарда. Такие септические очаги характеризуются поражением сосудов в виде острого васкулита и тромбообразованием [5].

Важно, что на фоне непрерывного роста числа детей с сердечно-сосудистой патологией в России (Школьникова М.А., 2005) значение инфекционных поражений у детей раннего возраста в развитии таких распространенных заболеваний, как нарушения сердечного ритма и проводимости не изучено. В тоже время показано, что поздняя диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы и неадекватная оценка их прогноза у детей лежат в основе формирования, как хронических форм патологии, так и высокой заболеваемости и смертности в старших возрастных группах (Школьникова М.А., Осокина Г.Г., 2010) [4].

Учитывая тесную функциональную и морфологическую взаимосвязь аппарата дыхания с системой кровообращения, представление о патогенезе бронхолегочных заболеваний не может считаться полным без характеристики состояния сердечно-сосудистой системы при различных формах респираторной патологии [3].

Цель исследования

1. Определить влияние внебольничной пневмонии и острого бронхита на состояние сердечно-сосудистой системы у детей путем оценки данных ЭКГ;
2. Оценить характер изменений на ЭКГ в зависимости от локализации и степени выраженности патологического процесса.
3. Оценить возможную роль нарушений по ЭКГ, как маркера степени тяжести процесса.

Материалы и методы

1. Проведена оценка ЭКГ у 100 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет на базе детского терапевтического отделения ГУЗ ТГК БСМП им. Д. Я. Ванькина г. Тулы за 2016 год. Методом случайной выборки отобрано 50 историй болезней детей с диагнозом острый бронхит (26 мальчиков – 52%, 24 девочки – 48%), 50 историй болезней детей с диагнозом внебольничная пневмония (32 мальчика – 64%, 18 девочек – 36%). Контрольную группу составили 50 детей той же возрастной категории, которые были госпитализированы для оформления в органы соц. опеки и не имели заболеваний бронхо-легочной системы (30 мальчиков – 60%, 20 девочек – 40%).

2. Оценка данных проводилась с использованием метода прямой стандартизации [7]:
 - 1 этап. Расчет погрупповых интенсивных показателей в сравниваемых совокупностях.
 - 2 этап. Выбор и расчет стандарта (за стандарт была принята группа из 50 человек).
 - 3 этап. Определение «ожидаемого» числа больных в каждой группе стандарта.
 - 4 этап. Определение стандартизованных показателей.
3. Цифровой материал обработан с применением программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе историй болезни основной группы выделены две подгруппы:

- 1) дети с внебольничной пневмонией;
- 2) дети с острым бронхитом.

Показатели локализации поражения при внебольничной пневмонии по данным рентгенологического исследования распределились следующим образом: в 70% случаев (35 детей) имела место правосторонняя пневмония (48% - очаговая, 10% - верхнедолевая, 8% - нижнедолевая, 2% - полисегментарная, 2% - субтотальная); в 22% случаев (11 детей) – левосторонняя пневмония (14% - очаговая, 8% - нижнедолевая); в 8% случаев (4 ребенка) – двусторонняя пневмония.

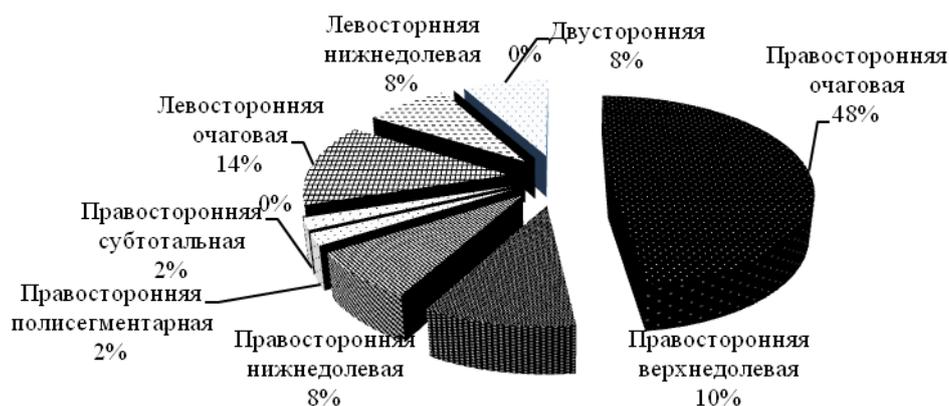


Рис. 1. Локализация поражения легких при внебольничной пневмонии у детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет.

Анализ ЭКГ у детей этой группы показал, что при двусторонней пневмонии нарушения возникали в 100% случаев, при левосторонней нижнедолевой – в 75%, при правосторонней очаговой – в 62,6%, при правосторонней нижнедолевой – в 50%. При прочих локализациях нарушения выявлялись менее чем в 50% случаев.

Таблица №1

Частота нарушений, выявленных на ЭКГ, в зависимости от локализации поражения при внебольничной пневмонии

Локализация	Количество нарушений, %
Двусторонняя	100
Левосторонняя нижнедолевая	75
Правосторонняя очаговая	62,6
Правосторонняя нижнедолевая	50
Левосторонняя очаговая	43
Правосторонняя верхнедолевая	40
Прочие	50

Изучение характера изменений по ЭКГ позволило установить, что наиболее часто у детей в группе с диагнозом внебольничная пневмония имеют место нарушения процессов реполяризации – 16% случаев, неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 14% случаев, наджелудочковый гребешок – 12% случаев.

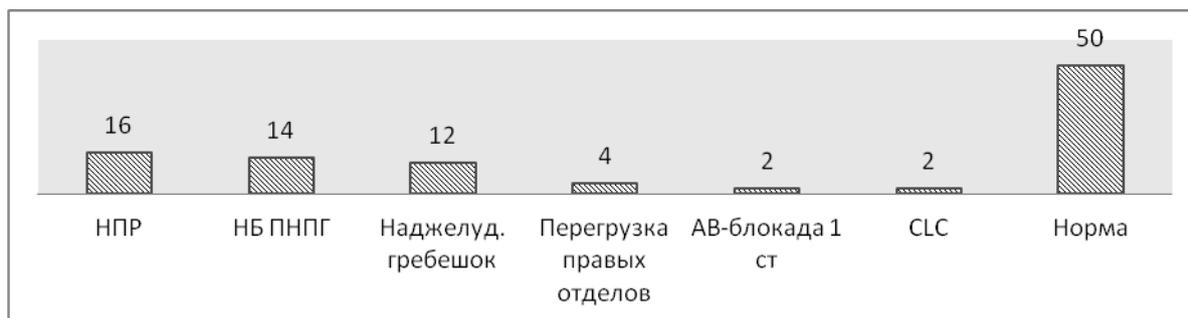


Рис. 2. Характер изменений по ЭКГ у группы детей с внебольничной пневмонией, %.

Изменения по ЭКГ у группы детей с острым бронхитом имело следующий характер: в 18% случаев возникала неполная блокада правой ножки пучка Гиса, в 14% случаев – нарушение процессов реполяризации.

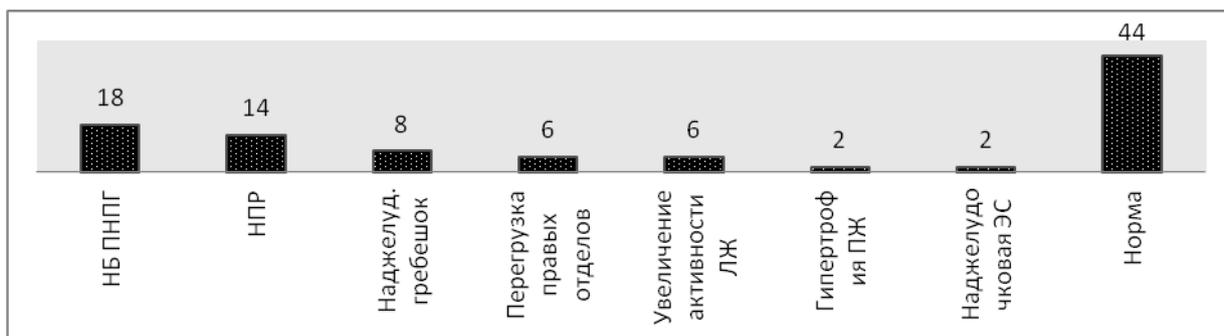


Рис. 3. Характер изменений по ЭКГ у группы детей с острым бронхитом, %.

При сравнительном анализе данных ЭКГ в обеих группах было выяснено, что частота встречаемости различных изменений при внебольничной пневмонии и остром бронхите выше, чем в группе контроля, однако эти различия статистически не достоверны ($p > 0,05$).

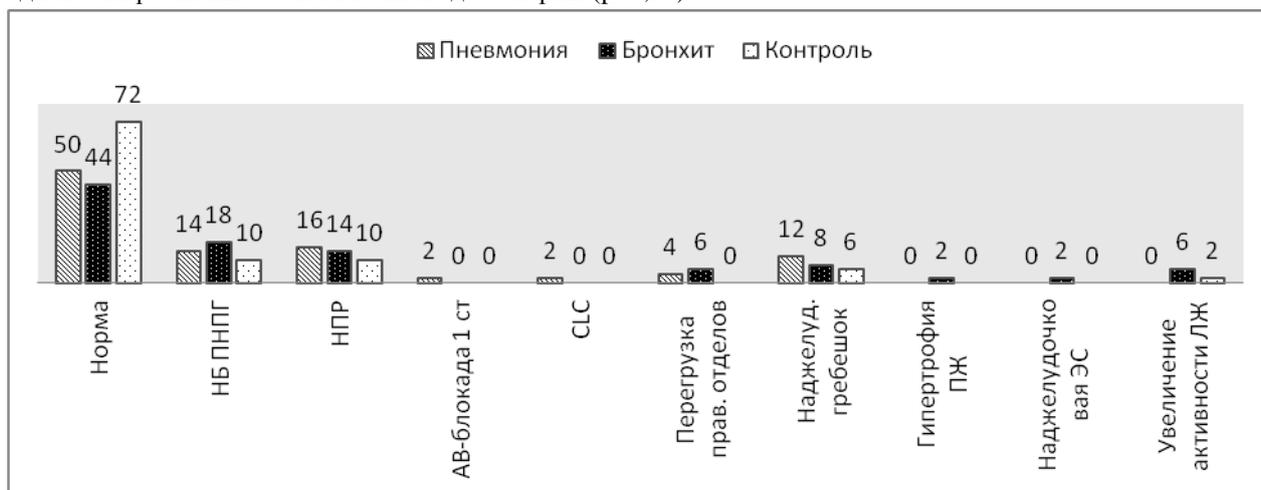


Рис. 4. Сравнительный анализ нарушений, выявленных на ЭКГ при бронхо-легочной патологии, с группой контроля, %.

Проведен гендерный анализ нарушений, выявленных на ЭКГ. Выявлено, что у мальчиков в сравнении с девочками частота нарушений по ЭКГ выше: 28,2% против 16,7% при внебольничной пневмонии; 32,7% против 20,9% при остром бронхите.

Таблица №2

Частота нарушений, выявленных на ЭКГ, в зависимости от пола при сравнении двух групп детей

Группа	Мальчики с нарушениями на ЭКГ, %	Девочки с нарушениями на ЭКГ, %	Мальчики без нарушений на ЭКГ, %	Девочки без нарушений на ЭКГ, %
Дети с внебольничной пневмонией	28,2	16,7	21,9	33,4
Дети с острым бронхитом	32,7	20,9	17,3	29,2

В группе детей с диагнозом внебольничная пневмония у мальчиков, по сравнению с девочками, преобладают такие нарушения, как неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 15,6%, нарушение процессов реполяризации – 18,8%. У девочек в сравнении с мальчиками чаще всего имел место наджелудочковый гребешок – 16,8%.

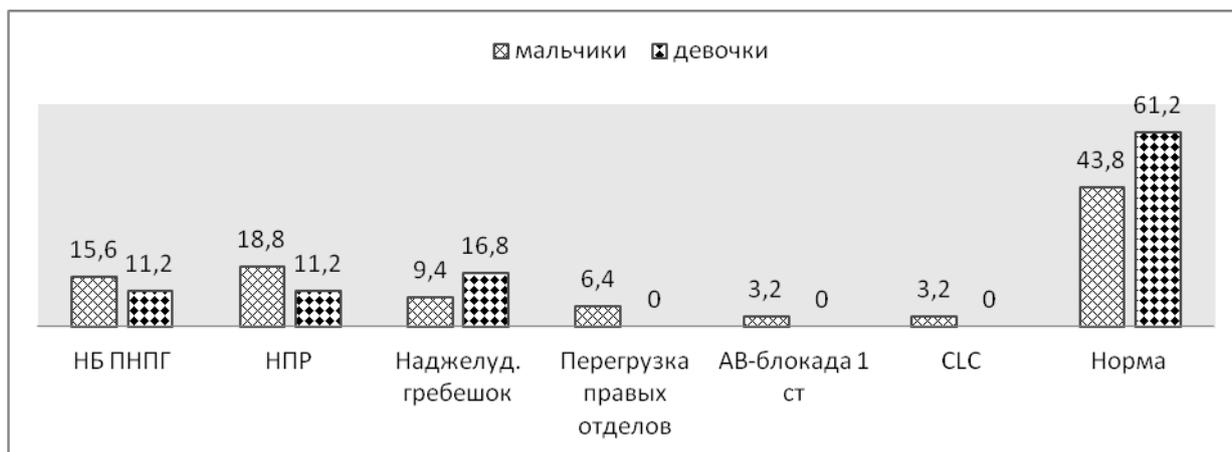


Рис.5. Характер изменений на ЭКГ у мальчиков и девочек в группе детей с диагнозом внебольничная пневмония, %.

В группе детей с диагнозом острый бронхит у мальчиков при сравнении с девочками также преобладает неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 30,8%. У девочек же, в сравнении с мальчиками чаще всего имеют место: нарушение процессов реполяризации – 11,6% и наджелудочковый гребешок – 8,4%.

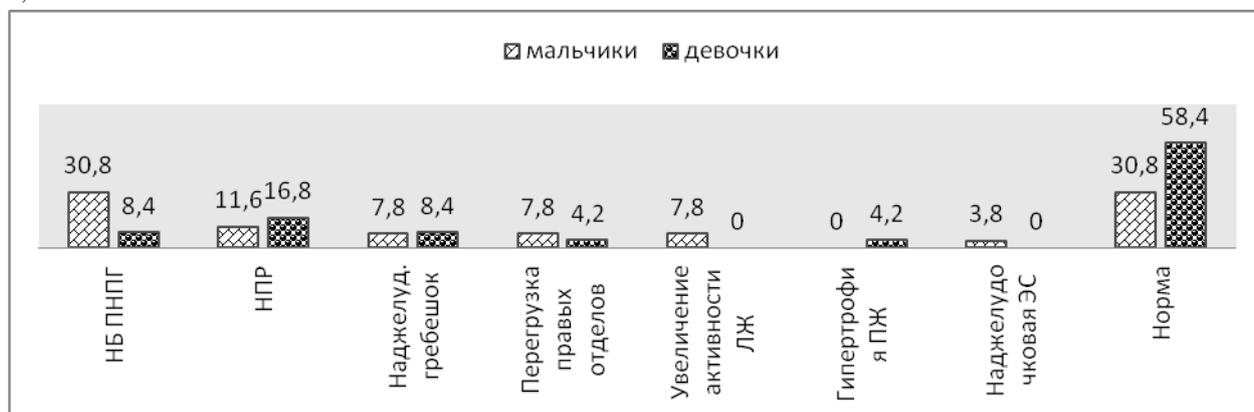


Рис.6. Характер изменений на ЭКГ у мальчиков и девочек в группе детей с диагнозом острый бронхит, %.

Таким образом, у мальчиков нарушения по данным ЭКГ выявляются чаще, чем у девочек, и преобладают такие изменения, как неполная блокада правой ножки пучка Гиса и нарушение процессов реполяризации.

Диагноз был верифицирован в соответствии с «золотым стандартом», включающим:

- 1) клинические признаки: острое начало заболевания с лихорадкой, наличие продуктивного кашля, наличие изменений по данным объективного осмотра – появление влажных хрипов;
- 2) лабораторно-инструментальные признаки: наличие патологических изменений при рентгенологическом исследовании грудной клетки, а также изменение в анализе крови.

Для оценки выраженности воспалительного процесса взяты показатели СОЭ: при пневмонии 19 случаев с нормальной СОЭ (38%) и 31 случай повышения данного показателя (62%); при бронхите 30 случаев с нормальной СОЭ (60%) и 20 случаев повышения данного показателя (40%). А также уровня лейкоцитов: при пневмонии 42 случаев с нормальным уровнем лейкоцитов (84%) и 8 случаев повышения данного показателя (16%), при бронхите 41 случай без лейкоцитоза (82%) и 9 случаев с лейкоцитозом (18%).

Выявлена следующая взаимосвязь активности воспалительного процесса и данных ЭКГ: в группе детей с внебольничной пневмонией при повышении СОЭ нарушение процессов реполяризации наблюдается в 22,3% случаев, а неполная блокада правой ножки пучка Гиса – в 16,2% случаев; при повышении уровня лейкоцитов нарушение процессов реполяризации наблюдается в 37,6%. В группе детей с острым бронхитом при повышении СОЭ нарушение процессов реполяризации наблюдается в 15% случаев, а неполная блокада

правой ножки пучка Гиса – в 25% случаев; при повышении уровня лейкоцитов – неполная блокада правой ножки пучка Гиса встречается в 22,2 % случаев.

Выводы

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Наиболее часто у детей в группе с диагнозом внебольничная пневмония имеют место нарушения процессов реполяризации, неполная блокада правой ножки пучка Гиса и наджелудочковый гребешок. При этом нарушения при двусторонней пневмонии возникали в 100% случаев, при левосторонней нижнедолевой – в 75%, при правосторонней очаговой – в 62,6%, при правосторонней нижнедолевой – в 50%. Наиболее частые изменения по ЭКГ у группы детей с острым бронхитом – это неполная блокада правой ножки пучка Гиса и нарушение процессов реполяризации.

2. У мальчиков в сравнении с девочками частота нарушений по ЭКГ выше: 28,2% против 16,7% при внебольничной пневмонии; 32,7% против 20,9% при остром бронхите. При этом преобладают такие изменения, как неполная блокада правой ножки пучка Гиса и нарушение процессов реполяризации.

3. Выявляется взаимосвязь между степенью активности воспалительного процесса и данными ЭКГ. При повышении СОЭ и уровня лейкоцитов отмечены такие изменения на ЭКГ, как нарушение процессов реполяризации и неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

4. Не удалось доказать значимость изменений на ЭКГ, как маркера степени тяжести воспалительного процесса. Полученные различия между основной группой и группой контроля статистически не достоверны ($p > 0,05$).

Список литературы

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Тульской области в 2015 году: Государственный доклад. — Тула: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тульской области, 2016. — 198 с.
2. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы у детей, больных острым обструктивным бронхитом – Коваленко Т.С. Здоровоохранение: образование, наука, инновации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 70-летию Ряз. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова / под ред. проф. Р.Е. Калинина; Ряз. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова. - Рязань: РязГМУ, 2013, стр.311-314.
3. Оценка электромеханической деятельности сердца при острых бронхолегочных заболеваниях – Шайдерова И.Г., Муратов А.А. Вестн. Кыргыз.-Рос. Слав. ун-та N 7, 2003, т.3, стр.25-27
4. Состояние сердечно-сосудистой системы при бронхиальной обструкции у детей. – Овсянникова Е.М. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва 2010.
5. Патоморфологическая характеристика сердца детей, умерших от острой пневмонии. – Исраилова Н.А. Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 5. — С.32—35.
6. Профилактика развития нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы при острой бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста. – Е. М. Овсянникова, Н. В. Короид, Н. С. Глухарева, Н. А. Коровина. Лечащий врач выпуск №8, 2010
7. Статистические методы анализа в здравоохранении. Краткий курс лекций. Подготовлены авторским коллективом в составе: д.м.н., проф. Леонов С.А., при участии к.м.н. Вайсман Д.Ш., Моравская С.В, Мирсков Ю.А. - М.: ИД "Менеджер здравоохранения", 2011. - 172 с.

СЕКЦИЯ №31.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)

СЕКЦИЯ №32.

ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)

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)**

**К ВОПРОСУ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПОТЕНЦИАЛЕ МЕТОДОВ АНТИЧНОЙ МЕДИЦИНЫ:
ИДЕИ ПЛАТОНА И СОВРЕМЕННОСТЬ**

Байтякова А. Е., Песоцкая Е.Н., Ивлиева Е. Н., Селезнёва Н.М.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
имени Н. П. Огарёва, г. Саранск

Онтологизация современного знания связана с обращением к субстратности и субстанциональности, особенно в антропологии и в медицинском познании. Философская антропология как наиболее общая система знаний о человеке в этом процессе выполняет функцию рефлексивной теории, обобщающей данные конкретно-антропологических дисциплин, и в силу этого становится по отношению к ним методологической основой наиболее общего уровня. Для неё остаётся свой собственный аспект человекознания, сыгравший гносеологическую роль в развитии психофизиологических представлений. Понимание психофизиологической проблемы в истории философии науки и естествознания с момента постановки тяготеет к теоретико-методологическому единству в исследовании рефлексорного аппарата и аппарата проявления психических способностей. Это объясняет объективные проявления жизни, способствуя оформлению целостной модели человека, в которой нуждается медицинская наука.

Антропософское представление о языческом типе человека связано с греко-античной идеей. В мифологических формах познания человек не рассматривается как самостоятельная сущность; в примитивных формах антропологии он суть часть Вселенной и подражание ей как первообразу. В античное время модель человека определяет тип сознания, его специфичность как способность отражать и интерпретировать факты, исходя из существующих знаний. Человеческое мировоззрение здесь непосредственно связано с психологическими особенностями языческого типа человека: высокой степенью слияния с окружающей природой, интеграцией с общинным коллективом, сильной эмоциональной чувствительностью. Человек соизмеряет свой путь с природными явлениями, созерцая. Созерцательность не является бездеятельностью в античное время; постепенно она начинает носить все более рационалистический характер, отражая внутреннюю позицию индивида. В мире языческого человека взаимодействуют божественная и животная природа.

Диалектическое мышление Платона, отраженное в его работах о природных феноменах и процессах их возникновения [5, с. 421], позволило ему усмотреть как внутреннюю противоречивость каждой вещи, так и цельность любого феномена на его идеальном уровне. Поэтому в исследовании природы болезни он исходит из роли системоорганизующей первичности идеального как в природе организма, так любого описываемого им феномена вообще. Следовательно, у Платона как создателя первого идеалистического учения основа методологии всех лечебных воздействий сводится к зависимости частей организма от организма как целого и лечению души путем обрядности и религиозных песнопений.

Данная группа методов, о которой говорится у Платона, классифицируется в современной теории общего и медицинского познания как ритуальная. Именно она является исторически основополагающей в религиозной медицине, которая оформляется при пересечении античного стиля мышления с религиозным на базе мифологической картины мира. В платонизме терапевтический потенциал методов данной группы активно реализуется через мировоззрение.

Так, в его выводах и рассуждениях об основе различных лечебных воздействий можно найти сходство с терапией Древней Месопотамии. Она изначально представляла собой смесь магических и мистических действий с рациональными приёмами. Например, для отпугивания демона, вызвавшего болезнь, широко использовали амулеты, талисманы, идолы добрых духов, дощечки с молитвами и заклинаниями у дверей жилища больного. Помимо молитв и заклинаний применялись также и ритуальные действия. Так, лечение (прием лекарственного средства и т. п.) нередко сопровождалось такими ритуальными действиями, как разматывание клубка шерсти, рассыпание и сбор в кучку зерен, сковывание больного и освобождение его от оков [3].

В платоновских суждениях большое место занимает религия натурфилософские конструкции, которые были основаны на представлении об акте творения материи Богом (Демииургом), необходимые для обоснования телеологического принципа функционирования человеческого организма [5]. Исследование вопросов причинности как рождения реального мира, так и причинности болезни, поставили перед Платоном вопрос о причинах активности и движения двух независимых миров - мира идей и «хора-материи».¹ Указание Платона на детерминант активности – на третье начало, или Демииурга (Плат.), по сущности, представляет собой понимание им особой энергетической составляющей, творческой причины, приводящей в движение мироздание и все его феномены.

Анализируя стиль мышления античного периода развития медико- философского знания, следует особое внимание уделить на то, что вопросы терапевтического потенциала в методологии лечения в это время четкой постановки не имеет, но в рамках поставленной впервые психофизической проблемы вопрос о потенциале метода в ритуальных методах имплицитно связан с человеческими возможностями.

Поэтому, под **терапевтическим потенциалом метода** в широком смысле, на наш взгляд, следует понимать возможности данного метода (когнитивные (познавательные), инструментальные и др.), исторически сложившиеся и существующие относительно восстановления психофизиологического ресурса организма и используемые конкретной медицинской школой. Психофизиологические возможности, понимаемые в медицинской практике как адаптивный потенциал (ресурс), переводятся в действительность посредством метода, т. е. при наличии соответствующих условий – у Платона основными условиями были названы условия для реализации способностей души.

Взаимодействие духовного и телесного начал – проблема, которая в античности решается противоречиво, на основе метафизических принципов. Душа рассматривается метафизически как первая актуализация естественного тела. Платоновское её понимание как вечно существующего бестелесного начала, организованного из разума, желаний, чувственности существует долго, и структура телесности как органического понимается из конечных причин, а не из материальных.

Современная наука приобрела возможность расшифровывать основу эффектов духовной деятельности, информационную по своей природе. Детерминистические представления о проявлении взаимоотношения духовного и телесного всегда предполагали выяснение причинных связей в рамках нейродинамики мозга как саморегулирующейся системы. Вопрос о влиянии психического, идеального на физиологическое, материальное сводится к тому, что психическое, являясь информационным содержанием мозговых нейродинамических кодов, управляет в том же смысле, в каком управляет информация как таковая. Производящим началом информационной причины выступает специфическая структура кода, в которой воплощена информация. "Воздействие души на тело" означает перенос информации с помощью нейродинамического сигнала. Как реальности чисто духовного характера собственные мысли и чувства воспринимаются человеком изнутри. Эта интроспекция – причина дуалистического разделения души и тела. Носителем процессов, протекающих в иерархической структуре мозга, является слово, соответствующее значение которого фиксируется субъективным опытом. В организме это значение связано с рефлекторным актом. Современное научное понимание воздействия духовного на телесное в человеке исходит из понимания того, что рефлекторная деятельность представляет собой физиологическую и психическую деятельность одновременно. Идеальный субстрат высших психических функций человека (типы и системы интеллекта) составляют система физиологических органов мозга. Посредством информационного обмена производится рефлекторная взаимосвязь коры мозга и системы внутренних органов. Социальное поведение и саморегуляция процессов в организме, таким образом, осуществляются благодаря механизму передачи и преобразованию информации по принципу обратной связи [4, с. 47].

1 «хора» (Платон) – материальная составляющая любого явления (то же что и «материя», «необходимость»)

Таким образом, медико-философское значение древнего периода сводится к платонизму. Учения Платона занимают важное место в истории науки и медицинского познания. Так, религия без знания основ философии Платона интеллектуально бессильна. Православное богословие основано на платонической топике, без знания Платона христианство остается приблизительным, для обычных христиан это необязательно, и они могут впитывать элементы платонизма через святоотеческое предание, то есть опосредованно и фрагментарно, но для священников, и в первую очередь, богословов знакомство с платоновской топикой является обязательным.

На современном междисциплинарном этапе развития медицины и практической сформированности антропоцентрического стиля мышления сохраняет актуальность утверждение Платона о том, что организм не может функционировать нормально, если поврежден в своей системной целостности хотя бы один его элемент.

Список литературы

1. Врачи – философы. Монография / Чикин С. Я. – Москва: Медицина, 1990. - 384 с.
2. История медицины: учебник / М.П. Мультиановский. – 2-е изд., перераб. и доп.– М.: Медицина, 1967. – 272 с.: ил.
3. История медицины 4-е издание. / Сорокина Т. С. – Москва: Изд-во Academia, 2005. - 560 с.
4. Песоцкая Е.Н. Эволюция методологии социального анализа человека в истории науки (антропофилософский аспект): монография. / Песоцкая Е.Н. – Саранск: Изд-во Мордовского университета, 2015. - 112 с.
5. Платон. Собрание сочинений в четырех томах. Том 3. Научно-исследовательское издание. Общая редакция А.Ф. Лосева, Я.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи. Автор вступ. статьи и статей в прим. А.Ф. Лосев. Пер. с древнегреческого С. С. Аверинцева, А. Н. Егунова, Н.В. Самсонова. Прим. А.А. Тахо-Годи. (Москва: Издательство «Мысль». Редакция по изданию библиотеки «Философское наследие», 1994. - Российская Академия наук. Институт философии. Серия «Философское наследие». Т. 117).

СЕКЦИЯ №37.

СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО ВОПРОСАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ

Золотарева Л. А., Лавринович И.В., Орлов Д.А.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск,
ООО Лада-Эстет, ООО Лада-Мед

В настоящее время основополагающим принципом здравоохранения является его профилактическая направленность. К важнейшим разделам такой профилактической работы необходимо отнести медико-гигиеническое воспитание населения, представляющее собой часть государственной системы здравоохранения, включающее распространение медицинских и гигиенических знаний, формирование здорового образа жизни и привитие населению гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья [1,2]. Основы здоровья каждого поколения закладываются в семье. Неразумное поведение родителей в отношении их собственного здоровья и здоровья своих детей обусловлено незнанием причин и условий возникновения заболевания, непониманием степени ответственности за качество собственной жизни и жизни своих детей [3,4]. Медико-гигиеническое воспитание – это основной элемент, приоритетом которого является проведение первичной профилактики.

Правильная и регулярная гигиена полости рта занимает ведущее место в комплексе мероприятий, предотвращающих возникновение кариеса и заболеваний пародонта [5]. По данным ВОЗ, ежедневная двукратная чистка зубов в течение 2 лет снижает интенсивность поражения кариесом на 30-40%. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения в 2007 году в 46 регионах России показало, что 78% детей в возрасте 12 лет имеют пораженные кариесом постоянные зубы, средняя интенсивность кариеса по индексу КПУ составляет 2,91. Среди 15-летних детей у каждого в среднем

регистрируется 4-5 зубов, пораженных кариесом, и только у 12% подростков отмечается хороший уровень гигиены.

Уровень санитарной культуры населения определяется наличием гигиенических знаний и навыков, обращаемостью за стоматологической помощью, использованием средств гигиены, регулярностью, систематичностью, правильностью техники чистки зубов, употреблением сахаросодержащих продуктов.

Многими исследователями отмечено, что гигиеническое состояние полости рта существенно ухудшается при наличии аномалий и деформаций зубочелюстной системы, количество зубного налета может увеличиваться до 48%, отмечается возрастание поражаемости зубов кариесом.

Цель исследования изучить уровень знаний санитарной грамотности детей, родителей, а также состояние гигиены и практических навыков ухода за полостью рта, поражаемость зубов кариесом, степень воспаления краевого пародонта у детей.

Материал и методы: проведены наблюдения за 112 детьми, в возрасте от 7 до 12 лет, находившихся на ортодонтическом лечении, а также анкетное интервьюирование их родителей и 344 школьников 8-х классов средних общеобразовательных школ города Ижевска. Анкетирование проводилось по специально разработанным анкетам кафедры стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ на основе добровольного информированного согласия.

В результате исследований был выявлен низкий уровень санитарно-гигиенических знаний и навыков у населения в вопросах гигиены полости рта и значение её для здоровья. Проведенные результаты показали недостаточный уровень знаний по гигиене полости рта у 15-летних школьников: один раз в день чистят зубы 28,44±4,0%, два раза – 67,82±4,2%, нерегулярно – 4,12±2,3%.

Советы по гигиене полости рта 76,22±3,8% школьников получают от родителей, от учителей – 0%, от врача-стоматолога в период лечения кариеса – 24,45±4,0%. Полученные рекомендации выполняют лишь половина (52,60±4,2%) опрошенных, из них постоянно лишь 24,38±3,7%. Не выполняют рекомендации врача 2,12±3,2% детей. Из них 4,52±3,2% отметили, что не считают важным их выполнение, 72,23±3,6% забывают о необходимости этих процедур. При выборе зубной пасты 52,60±4,1% отдают предпочтение отбеливающей зубной пасте, 28,40±3,6% – противокариозной и 20,25±2,8% выбирают противовоспалительную зубную пасту.

При выборе зубной щетки 57,45±3,7% предпочитают щетку средней степени жесткости, 13,20±2,9% – жесткую и 30,45±2,7% мягкую зубную щетку. В футляре хранят зубную щетку 26% школьников, 54% хранят зубную щетку в стакане щетиной вверх, 20% опрошенных выбирают еще какой-то иной вариант хранения зубной щетки. После применения 30% детей не обрабатывают зубную щетку и 2% меняют ее реже, чем 1 раз в год.

На вопрос о необходимости посещения врача-стоматолога в 37,50±3,4% дети ответили, что посещают врача два раза в год, а в 47,62±4,3% в случае острой боли.

Оказалось, что к «хорошо знающим» могут быть отнесены 19,36±1,62% родителей, 22,21±1,25% опрошенных осуществляют регулярную чистку зубов, обращение к врачу с целью профилактики стоматологических заболеваний составляет 16,4±1,14% анкетированных. Определение гигиенического индекса у детей выявило, что среднее значение его – 2,2±0,20 баллов, что соответствует неудовлетворительной гигиене полости рта, индекс РМА – 16,7±2,83%, что соответствует легкой степени тяжести гингивита, уровень интенсивности кариеса зубов – 0,73±0,13 (высокий уровень интенсивности кариеса).

Таким образом, получено, что у опрошенных детей и родителей г.Ижевска отмечается легкая степень воспаления десны и высокий уровень интенсивности кариеса на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта. Это позволяет выделить фактор гигиенического ухода за полостью рта как приоритетный в развитии заболеваний твердых тканей зубов и пародонта.

Для предупреждения нежелательных патологических отклонений в органах и тканях полости рта необходимо гигиеническое воспитание детей, а также просвещение и обучение их родителей, которые должны взять на себя постоянную контролирующую функцию за соблюдением ребенком всех гигиенических рекомендаций за уходом полости рта.

Список литературы

1. Калининская А.А. Новые формы профилактической работы в стоматологии / А.А. Калининская, Н.М. Куницына, З.М. Албегова // Российский стоматологический журнал – М., 2009. – №4. – С.14-17.
2. Леонтьев, В.К., Пахомов, Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. – М.: 2006. – 416 с.
3. Сабгайда Т.П. Влияние различной обеспеченности населения врачами стоматологического профиля на здоровье населения / Т.П.Сабгайда, О.В. Ходненко, С.М. Айрапетян и др. // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. - Т. 13, - №1. - С. 1-10.
4. Уткина Г.Ю. Социально-медицинские характеристики семей, воспитывающих детей-инвалидов / Г.Ю. Уткина, М.С. Скляр // Проблемы социальной гигиены, здравоохранение и история медицины. – 2009. - № 1. – С. 14-17.
5. Улитовский С.Б. Роль правильного отношения врача-стоматолога в формировании у пациента мотивированного использования средств оральной гигиены / С.Б. Улитовский // Новое в стоматологии. – 2003. - №1. – С. 47-50.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ЭТАПАХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Линченко И.В., Бормотова А.У., Корнеева Ю.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет

Стоматология – один из разделов медицины, где лазерные технологии находят все большее и большее применение. Практически все стоматологические специальности имеют в своем арсенале аппараты лазерного воздействия: в одних случаях - на отдельные структуры зубочелюстной системы, в других – как технологические этапы изготовления конструкций. Наряду с выполнением оперативных вмешательств, лазерные технологии становятся альтернативой традиционным лабораторным этапам изготовления зубных протезов в ортопедической стоматологии. Их отличают такие особенности, как бескровность при оперативных вмешательствах на мягких тканях, малая инвазивность, минимальная болезненность, ускоренное заживление ран и другие.

Стоматологический лазер - прибор, который излучает когерентный, монохромный и коллимированный поток частиц, который поглощается, отражается или пропускается через соответствующие вещества и ткани организма. Излучение эрбиевого лазера при воздействии на патологически измененные твердые ткани зуба минимально повреждают здоровые (5,6).

Низкоинтенсивные лазеры позволяют стимулировать репаративные процессы как мягких тканей, так и костной ткани челюстно-лицевой области. Исследования показали, что лазерные раны имеют иную морфологию, которая обуславливает ход репаративного процесса по типу асептического продуктивного воспаления. Эти и последующие разработки привели к созданию хирургических лазеров – коагуляторов, аблатеров, дисрапторов (3,4). Некоторые из них нашли применение в дентальной имплантации. Эрбиевый лазер эффективно проявляет антимикробные свойства. Последние его модификации позволяют проводить лечение заболеваний зубов и костной ткани (7).

В настоящее время экспериментально и клинически обосновано применение лазеров в комплексном лечении зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых с целью ускорения остеогенеза в ретенционном периоде ортодонтического лечения. Использование лазерной техники с помощью фотодинамической терапии эффективно в комплексном лечении заболеваний периодонта (2).

Для качественного ортопедического лечения часто приходится использовать не только традиционные методы изготовления зубных протезов. Такой метод как лазерная сварка целесообразно применять при починке зубных протезов (для соединения отломанных фрагментов бюгельных протезов по месту излома, починки, а в отдельных случаях, и для изготовления цельнолитых мостовидных протезов).

Паяние протезов имеет ряд больших недостатков, в связи с которыми оно все меньше применяется в современной стоматологии. Пайка происходит с использованием припоя, расплав которого способен поглощать углерод. При сжигании в пламени углеводородов, происходит обогащение припоя углеродом,

изменение его состава и однородности. Кроме того, применение различных сплавов металлов (основной сплав + припой) может являться причиной появления гальванизма у пациента.

Лазерная сварка характеризуется тем, что благодаря малой расходимости излучения лазера можно точно фокусировать на малых участках, получая высокие уровни плотности мощности (более 100 МВт/см²). Это позволяет проводить обработку тугоплавких трудносвариваемых материалов; бесконтактно воздействовать и передавать энергию излучения по световодам. При этом возможно проводить сварку в труднодоступных местах. Сварные швы, получаемые с помощью лазера, имеют малую зону термического влияния в окружающем материале, что приводит к снижению термических деформаций. Отсутствие припоев и флюсов, а также малая длительность лазерного сварочного импульса позволяет избавиться от нежелательных структурных изменений сплава (1).

Большинство лазеров, применяемых в стоматологии, работают в невидимом спектре, а для точности наведения используется видимый свет (обычно красный), яркость которого регулируется пользователем стоматологического лазера.

Его используют для лазерной ретракции десны и ее коррекции перед протезированием, обработки культи зуба перед постоянной фиксацией несъемных протезов, а также для сварки при изготовлении металлических зубных протезов.

Наиболее распространенным методом ретракции десны является комбинированная техника (сочетание механической и химической ретракций). Здесь чаще применяются ретракционные нити с пропиткой. Несмотря на популярность этого метода, существует большая вероятность травмы тканей пародонта. В процессе укладки нити и позже возможны воспаление слизистой оболочки десны и повреждение круговой связки зуба. Данная травма может появиться даже при изначальном измерении зубодесневой борозды и аккуратном введении, что может привести в дальнейшем к рецессии десны, возникновению зубодесневых карманов и т.д.

Применение лазерной ретракции десны имеет преимущества перед традиционным методом с использованием ретракционной нити, заключающийся в достаточном расширении зубодесневой бороздки и остановки кровотечения. Это важнейшие условия для обеспечения качественного доступа к границе препарирования и получения высококачественных оттисков, отсутствия повреждения зубодесневого прикрепления и, как следствие, безболезненности и комфорта для пациента, а также экономии времени врача.

Обработка культи зуба лазером перед постоянной фиксацией несъемных протезов отличается высоким бактерицидным и бактериостатическим эффектом, тем самым обеспечивая качественные условия для увеличения срока службы протеза, в то время, как традиционная обработка (спиртовой протокол) культи зуба перед постоянной фиксацией несъемных протезов не всегда может гарантировать качественные условия для долгой службы протеза, поскольку не обеспечивает достаточный антисептический эффект.

Вывод: время диктует внедрение новых технологий, поэтому применение лазеров в стоматологии оправданно, экономически выгодно и является более совершенной альтернативой существующим клиническим и лабораторным этапам изготовления ортопедических конструкций. Безусловно, лазер не является универсальным заменителем традиционных методов и инструментов, однако в отдельных ситуациях он дает массу преимуществ, расширяя показания к его применению. И в целом развитие лазерных технологий, замена традиционного химического и механического воздействия световым — важнейшие тенденции медицины будущего.

Список литературы

1. А.П. Дмитроченко Лазерная сварка в клинике ортопедической стоматологии. // Материалы IV съезда стоматологов Беларуси. Витебск. Витебская типография им. Коминтерна, 2011. С. 40–42.
2. А.В. Кувшинов. Фотодинамическая терапия в лечении заболеваний периодонта. // Медицинский журнал, 2007. № 1. С. 71-75.
3. Т.Б. Людчик, И.Г. Ляндрес., М.Л. Шиманович. Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии. // М-лы V съезда стоматологов Беларуси. Брест, 2010. С. 257—258.
4. Наумович С.А., Берлов Г.А., Батище С.А. Лазеры в биомедицине. // М-лы междунар. конф. Мн., 2011. С. 242—246.

5. В.Н. Храмов, Т.С. Чебакова, И.В. Линченко Поверхностное повреждение твердых тканей зуба при лазерном и лазерно - плазменном воздействии. // Вестник СПбО АИН. Вып. № 4, - СПб, 2008. С. 346 -358.
6. В.Н. Храмов, Т.С. Чебакова, И.В. Линченко Поверхностное повреждение твердых тканей зуба при лазерном и лазерно - плазменном воздействии. // Лазерно-информационные технологии в медицине, биологии и геоэкологии - 2008. Труды XVI Международной Конференции, - Новороссийск, 2008. С. 174.
7. В.Н. Храмов, Т.С. Чебакова, И.В. Линченко, Е.Н. Бурлуцкая. Исследование оптимальных параметров импульсно-периодического воздействия излучения неодимового лазера на твердые ткани зуба. // Медицинская физика, 2011, № 1. С. 87-96.

РОЛЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Лысенко Л.И., Маковецкая В.Д., Ерзинян К.Г., Кокова Ф.А., Загороева З.А.

Кафедра терапевтической стоматологии
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Ведущее место в ряде непосредственных причин заболеваний пародонта занимает гигиена полости рта [1,2]. На сегодняшний день доказана взаимосвязь между состоянием пародонта и уровнем индивидуальной гигиены полости рта [5]. Мягкий зубной налет, скапливаясь в области шеек зубов и в межзубных промежутках, способствует запуску механизма деструкции всего пародонтального комплекса, начиная с воспаления десны и разрушения зубодесневого прикрепления и заканчивая тяжелым деструктивным процессом в костной ткани альвеолярных отростков челюстей. Распространенность заболеваний пародонта в России, в зависимости от возраста, колеблется от 48,2% (в 18 лет) до 86,2% (в 44 года), а к 60-65 годам достигает 100% [3,4].

Целью работы было проведение исследования состояния тканей пародонта у населения Ставропольского края. Обследование проводилось в терапевтическом отделении «Стоматологической поликлинике ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России».

Материалы и методы. Всего обследовано 200 человек. Состояние тканей пародонта у детей 15- и 18-летнего возраста изучалось при помощи пародонтального индекса, а в старших возрастных группах - СРITN. Статистическая обработка данных осуществлялась на основе комплекса современных методов автоматизированного хранения и обработки информации на персональных компьютерах с использованием пакета прикладных программ «Автоматизированная обработка экспериментальной медицинской информации».

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что уже у 15 - 18-летних, согласно полученным статистическим данным имеются признаки заболеваний пародонта, ПИ = 1,2-1,6 (N=0-0,1). Здоровый пародонт выявлен только у 5-10% обследуемых. Отмечено нарастание клинических признаков заболевания: кровоточивость при зондировании - у 22%, отложение зубного камня - у 63%, пародонтальные карманы - у 6% лиц, страдающих заболеваниями тканей пародонта.

В возрастной группе 30 - 40 лет статистический анализ показывает, что здоровый пародонт выявлен у 0,7%. У остальных обследованных отмечены значительные патологические изменения: у 60% пародонтальные карманы различной глубины.

Согласно наблюдениям, несмотря на широкую распространенность патологии пародонта, обращаемость пациентов за медицинской помощью в связи с этим видом патологии остается сравнительно невысокой. Это определяется как низкой медицинской грамотностью и активностью населения, так и недостатками в организации стоматологической помощи, что связано с рядом объективных факторов социального и экономического характера. Потребность взрослого населения в стоматологической помощи в несколько раз превышает возможности лечебных стоматологических учреждений. Повышение цен на стоматологические услуги в учреждениях разных секторов рынка снижает их доступность, а остающиеся низкими санитарная культура и грамотность населения не способствуют своевременным и регулярным обращениям к врачу.

Наиболее эффективной, мало затратной и доступной для населения в предупреждении заболеваний пародонта на первых этапах является профессиональная гигиена полости рта, включающая

обучение правилам гигиены полости рта, контроль их выполнения, постоянную мотивацию пациента в ходе, как первого, так и последующих курсов лечения. Все население нуждается в профессиональной гигиене полости рта. Особое внимание следует уделить внедрению, обучению гигиене полости рта и её контролю в раннем детском возрасте и на этапах взросления ребенка. Только оптимизация и интенсификация гигиены полости рта позволит разрешить проблемы кариеса, как кариозной болезни и гингивита, как стартовой площадки пародонтита, поскольку зубной налет и зубная бляшка отрицательно влияют и на твердые ткани зуба, и на ткани пародонта.

Выводы. Необходимость профилактики стоматологических заболеваний является общепризнанной, поэтому всем пациентам, первично обратившимся в стоматологическую поликлинику, необходимо проводить активную разъяснительную работу по выполнению ими тщательной гигиены полости рта с использованием профилактических средств, рассказывать о ведущей роли микробного фактора в возникновении и развитии воспалительных заболеваний пародонта. Очевидно, что повысить стоматологический уровень здоровья с минимальными экономическими затратами возможно только через массовую профилактическую работу, используя все доступные методы и средства стоматологической просветительной деятельности, при постоянном применении доступных, простых и эффективных мер профилактики в течение всей жизни каждым человеком. Необходимо реализовать массовую профилактику стоматологических заболеваний через конкретные программы, разработанные организаторами стоматологической помощи каждого района с учетом реальной материально-технической базы и кадрового обеспечения, региональных особенностей. Осуществлять профилактику необходимо на всех уровнях. В профилактике стоматологических заболеваний основная роль должна отводиться деятельности детских стоматологов при обязательном участии отделов народного образования, санитарно-эпидемиологической службы, домов санитарно-просветительной работы, женских консультаций, детских поликлиник, дошкольных детских учреждений и школ. Целью профилактической программы должно стать достижение предложенного ВОЗ высокого уровня стоматологического здоровья.

Список литературы

1. ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ И ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТА.

Соловьева О.А., Карабахян А.А., Декушева Т.С., Кипкеева Л.Д., Попова К.М.

В сборнике: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2015. С. 86-88.

2. РЕАКЦИЯ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАРОДОНТА НА АППЛИКАЦИИ ПРЕПАРАТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ИММОБИЛИЗОВАННОГО НА ПОЛИСОРБЕ.

Соловьева О.А., Ерёмченко А.В., Акопян Г.А., Гобаева О.Г., Кузнецова М.В.

В сборнике: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2015. С. 96-98.

3. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ПОСРЕДСТВО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА «ВЕКТОР».

Каракоев К.Г., Ерёмченко А.В., Хачатурян Э.Э., Оганян А.В., Соловьева О.А., Цурова М.А., Бабаян Е.Г. Вестник научных конференций. 2015. № 2-5 (2). С. 66-68.

4. ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТОВ.

Соловьева О.А., Шамсадова С.А., Айбазова М.С.У., Хубаев Т.С.С., Токов А.А. В сборнике: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ. 2014. С. 120-121.

5. ОБЗОР СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПАРОДОНТИТОВ.

Соловьева О.А., Ерёмченко А.В., Хыбыртова А.М., Салпагарова А.Д., Псеунова Э.А.

В сборнике ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ, 2014. С. 127-129.

УРОВЕНЬ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИНГИВИТОМ

Наумова М.Н.

БУ «Ибресинская ЦРБ» Минздрава Чувашии, п. Ибреси

Профилактика стоматологических заболеваний - это предупреждение возникновения и развития заболеваний полости рта. Данное направление должно быть приоритетным в современной стоматологии. Опыт многих стран показывает, что простого количественного увеличения персонала, финансирования и материального обеспечения стоматологической службы становится недостаточным, чтобы изменить сложившуюся ситуацию в распространенности и интенсивности кариеса зубов и заболеваний пародонта [4]. Мировая стоматологическая практика убедительно доказала, что внедрение программ профилактики приводит к резкому снижению интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта, значительному уменьшению случаев потери зубов в молодом возрасте и возрастанию количества детей и подростков с интактными зубами [4]. Существенным доводом является и то, что стоимость профилактических методов, в среднем, в 20 раз ниже стоимости лечения уже возникших стоматологических заболеваний [1].

Доказано, что наиболее существенной причиной возникновения кариеса зубов и воспалительных процессов в маргинальном периодонте являются микроорганизмы зубного налета. Поэтому этиотропным лечением и профилактикой начальных форм этих поражений (кариес в стадии пятна и легкий катаральный гингивит) будет устранение болезнетворных бактерий, т.е. адекватная гигиена полости рта [2].

Длительная работа с пациентами убеждает, что важной задачей стоматолога при лечении и профилактике стоматологических заболеваний является мотивация, обучение и инструктаж пациента [2]. Приходится констатировать тот факт, что, несмотря на то, что вопросы санитарно-просветительной работы постоянно интересуют стоматологов, знания и навыки населения в данной области все еще находятся на низком уровне. Так числовой показатель индекса ОНI-S на момент первичного обращения у пациентов (32 человека) с диагнозом хронический простой маргинальный гингивит, K05.1 стоматологического отделения БУ «Ибресинская ЦРБ» Минздрава Чувашии в анализируемый период с 2014 по 2016 годы в среднем составлял $2,56 \pm 0,12$. Что свидетельствовало о плохой гигиене полости рта среди пациентов данной категории. Из них женщины - 19 человек (59,3% обследуемых), мужчины - 13 (40,7%). Средний возраст обследуемых пациентов с диагнозом хронический катаральный гингивит составил $29,5 \pm 0,11$. В результате опроса посредством анкетирования был изучен уровень знания о гигиене полости рта и её связи с развившейся патологией десен. Вопросы анкеты предполагали получение информации о частоте чистки зубов и применении средств ухода за полостью рта и др. Подавляющее большинство респондентов дали исчерпывающие ответы на вопросы анкеты. Анкетирование проводилось в два этапа: первый этап - в момент первичного обращения пациента с жалобами и выставления диагноза хронический простой маргинальный гингивит, K05.1, второй этап - спустя 3 месяца после проведения курса лечения. Второй этап также сопровождался оценкой гигиенического статуса полости рта опрашиваемого. Применялся индекс ОНI-S (J.C. Green, J.R. Vermillon, 1964).

Так на первом этапе анкетирования 26,7% опрошенных считали, что их жалобы на зуд и кровоточивость десен не связаны с состоянием гигиены полости рта, 69,3% связывали развившуюся патологию тканей пародонта со своими гигиеническими навыками, 4% опрошенных сомневались при ответе на этот вопрос. Использовали дополнительные средства гигиены кроме зубной щетки 23,7% обследованных: зубную нить - 13,79% (из них 12,6% - женщины), зубочистки - 9,4% (из них 8,1% - мужчины), ирригаторы - 0,2%, остальные 76,61% пациентов этой группы слышали о дополнительных средствах гигиены и использовали их от случая к случаю, не на постоянной основе. Ополаскивателями пользуются 12,6% опрошенных.

Зубную щетку меняют один раз в три месяца - 48,9% опрошенных, два раза в год - 30,7%; меняют только тогда, когда придет в негодность - 20,4%.

Чистят зубы два раза в день (утром и вечером) 75,39 %. Из них утром до приема пищи - 65,2%. В течение дня после еды чистят зубы - 1,6%. В выборе зубной пасты респонденты доверяют телевизионной рекламе - 56,4, к советам стоматологов в выборе зубной пасты прислушиваются - 43,6% респондентов.

Через 3 месяца после комплексного лечения пациентов с диагнозом хронический простой маргинальный гингивит, K05.1 было проведено повторное анкетирование и оценка гигиенического статуса

данных респондентов. Данные анкетирования показали, что увеличилось количество опрошенных, использующих дополнительные средства гигиены на постоянной основе (79,4%), из них предпочтение отдается зубным нитям (65,1%) и ирригатору (4,8%). Что отразилось на гигиеническом состоянии полости рта. Так числовой показатель индекса ОНI-S на втором этапе у 79,4% обследованных составил $0,6 \pm 0,11$ (хорошая гигиена полости рта), у 20,6% - удовлетворительная гигиена полости рта ($1,1 \pm 0,12$).

Анализируя полученные результаты, можно отметить, что использование метода анкетирования при выявлении гигиенических привычек и навыков взрослого населения, несмотря на его внешнюю субъективность, является достаточно информативным. Вопросы анкеты помогают получить сведения о тех навыках, владение которыми способствует снижению интенсивности и частоты болезней пародонта.

В результате анализа анкет пациентов с диагнозом хронический простой маргинальный гингивит, К05.1 БУ «Ибресинская ЦРБ» в период с 2014 по 2016 год можно сделать вывод о том, что в целом уровень гигиенических знаний и навыков у пациентов до начала лечения патологии был недостаточным, что и послужило развитию у данной группы больных воспалительных явлений в тканях краевого пародонта. После комплексного лечения уровень знаний о гигиене полости рта повысился и, как итог, наблюдалось улучшение гигиенического состояния полости.

На положительный итог лечения и закрепление результатов влияет сотрудничество пациента [3]. Мотивация - это побуждения, вызывающие активность пациента и определяющие направленность его действий. Задача врача-стоматолога сводится к тому, чтобы у пациента возникла стойкая потребность во внимательном отношении к своему стоматологическому здоровью. Необходимо убедить пациента в том, что благодаря регулярной и качественной гигиене полости рта и профилактическим осмотрам у стоматолога можно избавиться от зубной боли и необходимости иметь съемные протезы в старости. В БУ «Цбресинская ЦРБ» Минздрава Чувашии врачи-стоматологи используют следующие приемы мотивации: зрительная (индикация зубных отложений с помощью красителей, презентация связи выявленного налета с состоянием краевого пародонта); слуховая (словесное рассуждение, дискуссия и убеждение пациента в необходимости поддержания качественного ухода за полостью рта); тактильная (демонстрация эффекта от процедур профессиональной гигиены полости рта). Чувство гладкости и комфорта, которое пациент получает после проведения профессиональной гигиенической обработки зубов в кресле врача-стоматолога, подсказывают, к чему он должен стремиться при уходе за полостью рта дома. Также используется обонятельная мотивация, которая включает ощущение свежести дыхания, как фактор здоровья, чистоты и социального благополучия.

Список литературы

1. Герасимова, Л.И. Анализ результативности амбулаторно-поликлинической службы / Л.И. Герасимова, Р.С. Матвеев, В.Н. Викторов // Здравоохранение в Чувашии. - 2013. - №1. - С. 52-55.
2. Грудянов А.И. Средства и методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта. Руководство / А.И. Грудянов - М.: МИА, 2012. - 96 с.
3. Журбенко В.А. Роль гигиены полости в профилактике стоматологических заболеваний // Тенденции и перспективы развития современного научного знания: материалы XVII Международной научно-практической конференции, г. Москва - 2015 - С. 77-80.
4. Мониторинг и оценка оздоровления полости рта. Доклад комитета экспертов ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения // Серия технических докладов. - Женева. - 1991, № 782. - 73 с.

ВЛИЯНИЕ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА КАЧЕСТВО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Смирнова Т.Н.

АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары

Несмотря на успехи, достигнутые в последнее десятилетие в стоматологии, вопрос о качественном эндодонтическом лечении до сих пор остается открытым. Многочисленные исследования, проведенные в самых разных уголках мира и посвященные оценке прогноза эндодонтического лечения, указывают на то, что, в общем и целом, благоприятный исход лечения наблюдается в 90% случаев. [1, 4].

На сегодняшний день также имеются достаточно четкие данные относительно значения, а также влияния различных биологических и технологических факторов на исход эндодонтического лечения. Технические аспекты эндодонтического лечения оказывают непосредственное влияние на его исход.

Ряд исследований указывает на то, что инфицирование корневого канала в момент его obturации снижает эффективность эндодонтического лечения на 10-20% [1]. В подавляющем большинстве случаев неблагоприятный результат эндодонтического лечения бывает связан с присутствием микроорганизмов в системе корневого канала и/или периапикальных тканях. В ряде исследований зубов, удаленных после неудачного эндодонтического лечения, выявлено наличие в каналах и дентине всех этих зубов бактериальных клеток [1, 4]. Аналогичным образом, во всех периапикальных гранулемах, не поддающихся консервативному эндодонтическому лечению зубов, были обнаружены анаэробные микробные штаммы [1]. Несомненным остается одно: перед пломбированием любая инфекция, присутствующая в корневом канале, должна быть устранена. Однако эти же данные подчеркивают не только важность герметичной obturации корневого канала по всей длине, а также необходимость качественной изоляции пломбировочного материала в канале от кариозной полости.

Все исследователи сходятся во мнении, что стандарты пломбирования корневых каналов имеют решающее значение с точки зрения исхода эндодонтического лечения [1, 4]. Во всех зубах, и в первую очередь в зубах с интактным периодонтом, особое внимание следует уделить расположению пломбировочного материала относительно апикального отверстия. Негерметичное пломбирование канала ухудшает прогноз лечения на 20% [1]. Недопломбирование корневого канала может возникать в результате неправильного определения рабочей длины, недостаточного расширения канала, ошибок при технике его заполнения, неправильном подборе размера филлера (гуттаперчевого штифта) [4]. Большое значение имеет знание и владение методикой пломбирования.

В современной стоматологии для obturации используют множество различных способов: метод одного штифта; методики латеральной и вертикальной конденсации, пломбирования химически размягченной гуттаперчей, термомеханическое уплотнение гуттаперчи; obturация канала гуттаперчей, вводимой с помощью шприца; метод введения гуттаперчи на носителе и т.д. Но не все эти методы обеспечивают тщательную трехмерную obturацию системы корневого канала зуба, включая открытые дополнительные каналы, множественные ответвления, изгибы, расширения и сужения канала [2, 3].

Несомненное преимущество на сегодняшний день имеет трехмерная obturация корневых каналов горячей термопластифицированной гуттаперчей [2]. Этот метод наиболее быстрый для достижения качественного пломбирования корневых каналов. Метод позволяет получить превосходный апикальный контроль и полную obturацию всего корневого канала, включая дополнительные каналы, и, практически, исключает возможность проникновения инфекции после пломбировки. Кроме того при таком пломбировании достигается качественная obturация латеральных каналов, с минимальным риском фрактуры корня.

В отделении терапевтической стоматологии с кабинетами пародонтологии, эндодонтии и лечения заболеваний слизистой оболочки рта №2 АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии (г. Чебоксары) obturация каналов зубов осуществляется современной трехмерной методикой пломбирования системой BeeFill (VDW) с применением силлера AN plus.

Прибор «BeeFill 2in1» является интегрированным obturационным устройством с наконечниками, которые используются для этапов Downpack (Pack) и Backfill (Fill) корневых каналов. Наконечник Pack предназначен для разогрева штопферов, которые нагревают и размягчают гуттаперчевые мастер-конусы и прижимают их. На данном этапе формируется апикальная пломба. Наконечник Fill предназначен для нагрева и ввода гуттаперчи в очищенный и сформированный канал из одноразовых картриджей. На данном этапе врач проводит последовательное введение разогретой гуттаперчи в канал и конденсацию ее в вертикальном направлении плаггером. В зависимости от стоящей задачи врач либо используем технику «Back fill» для заполнения верхних 2/3 канала, либо оставляем это пространство для изготовления штифтовых конструкций или культевых вкладок.

Для оценки качества пломбирования каналов вне зависимости от метода obturации в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии используется радиовизиограф. Этот метод рентгенологического исследования позволяет оценить плотность заполнения каналов материалом, нахождение материала по отношению к анатомической верхушке корневых каналов, гомогенность obturации.

В период с 2015 по 2017 годы мной проведен анализ результатов выполненного эндодонтического лечения 62 зубов по поводу пульпита (K04.0) с пломбированием каналов системой BeeFill с применением силлера AN plus. После завершения эндодонтического лечения коронковая реставрация с применением композитной реставрации выполнена 55 % случаев (34 зуба), с применением культовых штифтовых вкладок и металлокерамических коронок в 37% случаев (23 зуба), с применением керамических вкладок – 8% случаев (5 зубов). Отдаленные результаты оценивались через 3 и 6 месяцев после лечения.

Анализ непосредственных результатов obturации каналов прибором «BeeFill» показал, что метод позволяет успешно пломбировать каналы с кривизной более 45 градусов, заполнять апикальные дельты и латеральные каналы. Оценка ближайших результатов лечения с применением техники obturации прибором «BeeFill» показал, что только 5 пациентов (8% случаев) отмечали умеренную болезненность или дискомфорт после пломбирования каналов. Болевые явления исчезли у большинства пациентов через 2 - 3 суток после obturации без применения обезболивающих средств.

Данные полученные в ходе наблюдения за пациентами после эндодонтического лечения зубов с пломбированием каналов системой BeeFill с применением силлера AN plus показали, что в 98% случаев были достигнуты оптимальные результаты эндодонтического лечения. При контрольном осмотре через 6 месяцев после проведенного лечения 88,7% пролеченных зубов имели рентгенологические признаками качественной obturации корневых каналов без признаков периодонтальной патологии. Необходимо отметить, что качественное восстановление коронковой части зуба может улучшить прогноз лечения в зубах с негерметично запломбированными корневыми каналами. Так у 4 зубов (6,5%) с погрешностями в пломбировании (поры в области апикальной пломбы), но с герметичными коронковыми реставрациями признаков периодонтальной патологии при контрольных осмотрах через 6 месяцев не выявлено. Наихудшие результаты были получены в зубах с негерметично запломбированными корневыми каналами и некачественными коронковыми реставрациями – 4,8% (3 зуба). Рентгенологически выявлены признаки деструкции костной ткани в области верхушек корней зубов были обнаружены уже через 3 месяца после эндодонтического лечения и постановки коронковой реставрации.

Выводы. Метод трехмерной obturации корневых каналов прибором «BeeFill» в нашей практике демонстрирует высокую клиническую надёжность. Использование этого метода позволяет добиться рентгенологически равномерного гомогенного заполнения корневого канала. С высокой частотой регистрируется obturация пломбировочным материалом боковых и дополнительных каналов. Реже наблюдается такое осложнение, как выведение пломбировочного материала за апикальное отверстие. К достоинствам техники трехмерной obturации корневых каналов системой BeeFill также можно отнести быстрое проведение манипуляции при минимальном наборе инструментов и стабильное качество пломбировки с предсказуемым отдаленным результатом.

Список литературы

1. Клиническая эндодонтия / Лейф Тронстад ; Пер. с англ.; Под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 288 с.
2. Луницина, Ю.В. Сравнительная оценка эффективности различных методик пломбирования корневых каналов зубов. / Ю.В. Луницина, И.Е. Зубова // Проблемы стоматологии. – 2015. – № 2. – С. 9-12.
3. Панфилов, П.Е. Оценка качества обработки корневых каналов зубов, подвергнутых повторному эндодонтическому лечению методом оптической металлографии / П.Е. Панфилов, С.С. Григорьев, А.А. Курищев // Проблемы стоматологии. – 2013. – №5. – С. 18-20.
5. Пихур, О.Л. Современные подходы к эндодонтическому лечению зубов (учебное пособие). / О.Л. Пихур, Д.А. Кузьмина, А.В. Цимбалистов. – СПб.: СпецЛит, 2013 – 232 с.

СЕКЦИЯ №38.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)

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)

БАУГИНОПЛАСТИКА – МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА

Мартынов В.Л., Тулупов А.А.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12» г. Нижнего Новгорода

Данная операция может быть использовано для хирургической коррекции толсто-тонкокишечного рефлюкса у пациентов с несостоятельностью илеоцекального клапана (баугиниевой заслонки).

Баугиниевая заслонка по общепризнанному мнению является единственным арефлюксным клапаном. Физиологическое назначение этого клапана состоит в том, что он препятствует попаданию толстокишечного содержимого в тонкую кишку и, соответственно, препятствует развитию воспалительных процессов в тонкой кишке и нарушению абсорбционной ее функции (рефлюкс-энтерит).

Недостаточность баугиниевой заслонки (НБЗ) является частью рефлюксной болезни и участвует в формировании каскада восходящих рефлюксов пищеварительного тракта. Это приводит к нарушению необходимого условия процесса пищеварения – проградидентному однонаправленному движению химуса по пищеварительной трубке.

При нарушении работы илеоцекального клапана развивается СИБР (Small Intestinal Bacterial Overgrowth Syndrome), который представляет собой патологическое состояние на основе бактериальной контаминации тонкой кишки различной микрофлорой, что сопровождается функциональными нарушениями работы пищеварительного конвейера.

При СИБР наблюдаются следующие изменения:

1. Избыточное заселение бактериальной микрофлорой тонкой кишки (в концентрации $>10^5$ микроорганизмов в 1 мл аспирата из тощей кишки).
2. Качественное изменение бактериальной микрофлоры тонкой кишки (присутствие, так называемых, фекальных микроорганизмов — грамотрицательных колиформ, облигатных анаэробных бактерий)
3. При более низких значениях – $>10^3$ КОЕ/мл с нарушением всасывания определенных пищевых веществ, особенно жиров и витаминов.

Международные рекомендации по диагностике СИБР в настоящее время не разработаны. Предполагать о наличии данной патологии можно на основании данных анамнеза (операции, основное заболевание, антибиотикотерапия) и клинической картины. Далее при помощи методов инструментальной диагностики (рентгенологическое, эндоскопическое исследования, УЗИ и др.) подтверждают наличие нарушений органов и систем, способствующих развитию синдрома избыточного бактериального роста.

Ведущая роль в диагностике «недостаточности баугиниевой заслонки» принадлежит рентгенологическому (рис. 1) интраоперационному исследованию и проведению водородного дыхательного теста (ВДТ). При ирригоскопии важно установить факт ретроградного проникновения контрастной взвеси в тонкую кишку, а также степень массивного заполнения тонкой кишки.

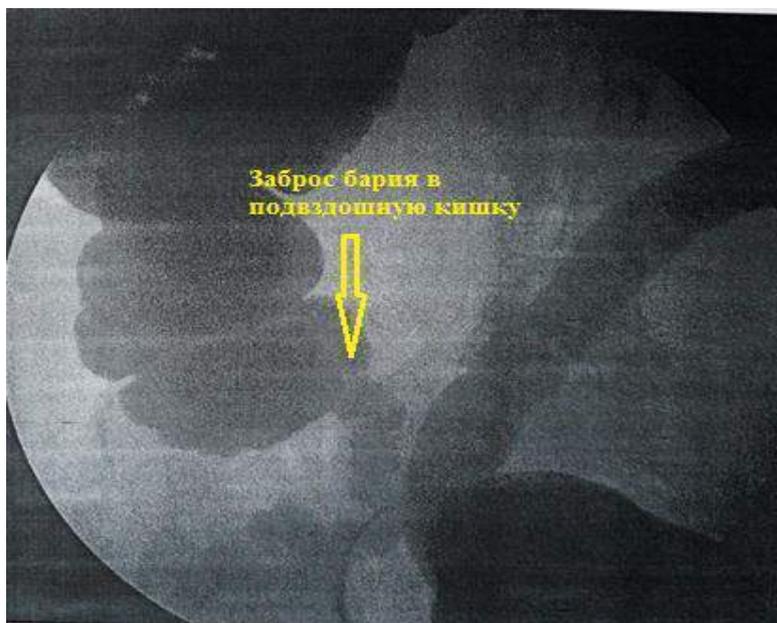


Рисунок 1. Ирриграмма – недостаточность баугиниевой заслонки

Проведение ВДТ с лактулозной нагрузкой является скрининговым высокоинформативным методом диагностики СИБР (рис. 2)

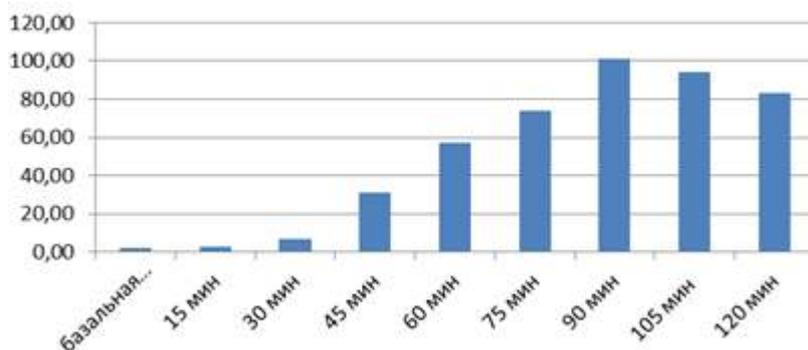


Рисунок 2. Экскреция водорода (ppm) до баугинопластики.

Консервативное лечение кишечного дисбиоза рифаксиминим имеет незначительную эффективность, нестойкость результатов и достаточно высокую стоимость.

До сих пор отсутствует убедительная научная база, демонстрирующая высокую эффективность рифаксимицина при СИБР. Большая часть исследований характеризуется коротким периодом и небольшим количеством наблюдений. Преимуществом консервативной терапии рифаксиминим является отсутствие системных нежелательных явлений.

На основании опыта более 600 баугинопластик мы сделали вывод, что цеко-илеальный рефлюкс может быть коррегирован только хирургическим способом. Для ликвидации НБЗ используется операция «баугинопластика», позволяющая сформировать новые межкишечные взаимоотношения для обеспечения арефлюксности илеоцекального перехода, и соблюдения необходимых условий для пищеварения.

Способ выполняется следующим образом:

1. Проводят лапаротомию разрезом Волковича-Дьяконова или срединную лапаротомию (если планируется оперативное вмешательство на других органах брюшной полости).

- Илеоцекальный отдел кишечника выводят в рану, проводят интраоперационную дигитальную диагностику недостаточности баугиниевой заслонки (рис. 3).



Рисунок 3. Дигитальная диагностика НБЗ

- Прядь большого сальника выводят в рану, формируют лигатурно-сальниковую ленту для выполнения каркасной функции.
- Последовательность формирования сальниковой ленты с проведенной через нее нерассасывающейся нитью следующая: после выделения свободного изолированного участка большого сальника внедряют через толщу его ткани прямую иглу необходимой длины, до 10 см (рис. 4).



Рисунок 4. Этап формирования лигатурно-сальниковой ленты: проведение иглы через сформированную сальниковую ленту

- Затем нить проводят через просвет иглы (рис. 5), извлекают иглу из сальниковой ленты, при этом нерассасывающаяся нить остается в толще сальниковой ленты.

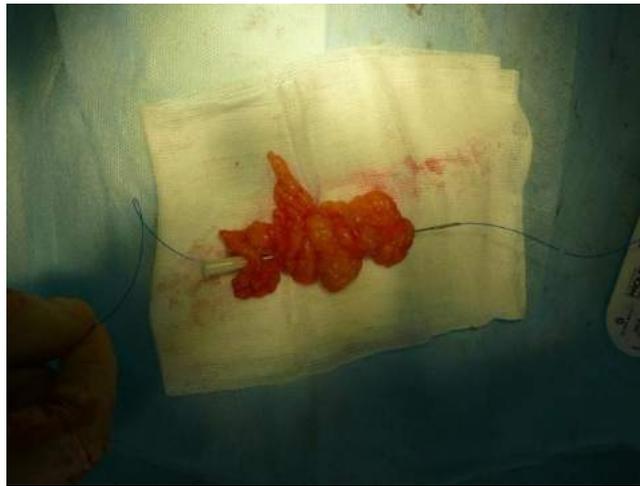


Рисунок 5. Проведение нити через просвет иглы, введенной в сальниковую ленту

6. Лигатурно-сальниковую ленту проводят позади восходящей ободочной кишки на 2-3 см проксимальнее илеоцекального соустья и через брыжейку терминального отдела подвздошной кишки также на 2-3 см проксимальнее илеоцекального соустья (рис. 6).

При использовании лигатурно-сальниковой ленты с серозной оболочкой кишок соприкасается ткань сальника, не вызывая реакций ткань-трансплантат. Проведенная через толщу пряди сальника лигатура из нерассасывающегося материала способствует сохранению размеров и формы формируемого кольца и, оставаясь внутри пряди сальника, с серозной оболочкой кишки не соприкасается.

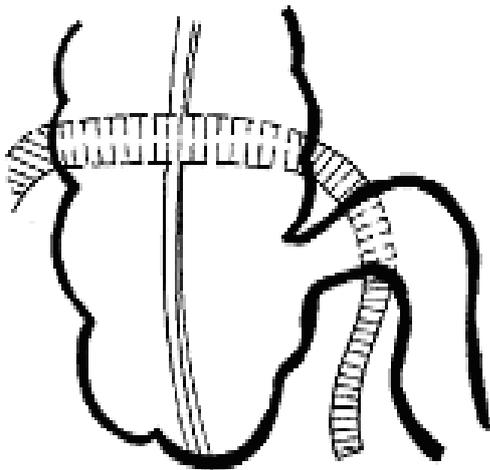


Рисунок 6. Проведение лигатурно-сальниковой ленты позади восходящей кишки и терминального отдела подвздошной кишки через ее брыжейку

7. Терминальный отдел подвздошной кишки на протяжении 6-7 см фиксируют узловыми серозно-мышечными швами за свободную ленту восходящего отдела ободочной кишки (рис. 7).

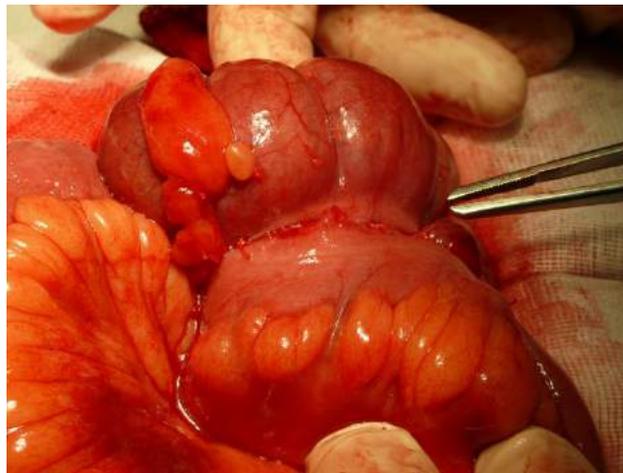
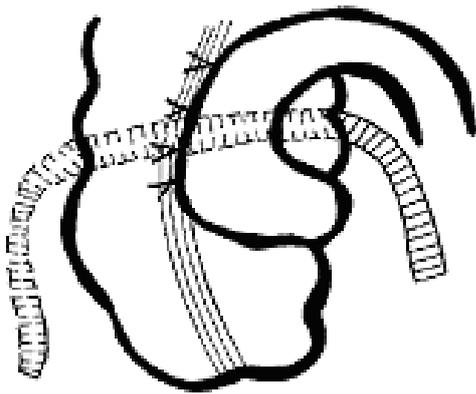


Рисунок 7. Подшивание терминального отдела подвздошной кишки к передней стенке восходящей кишки

8. Измеряют диаметр слепой и подвздошной кишок на уровне формирования каркасного кольца с помощью инструмента «ограничителя-измерителя» (рис. 8).

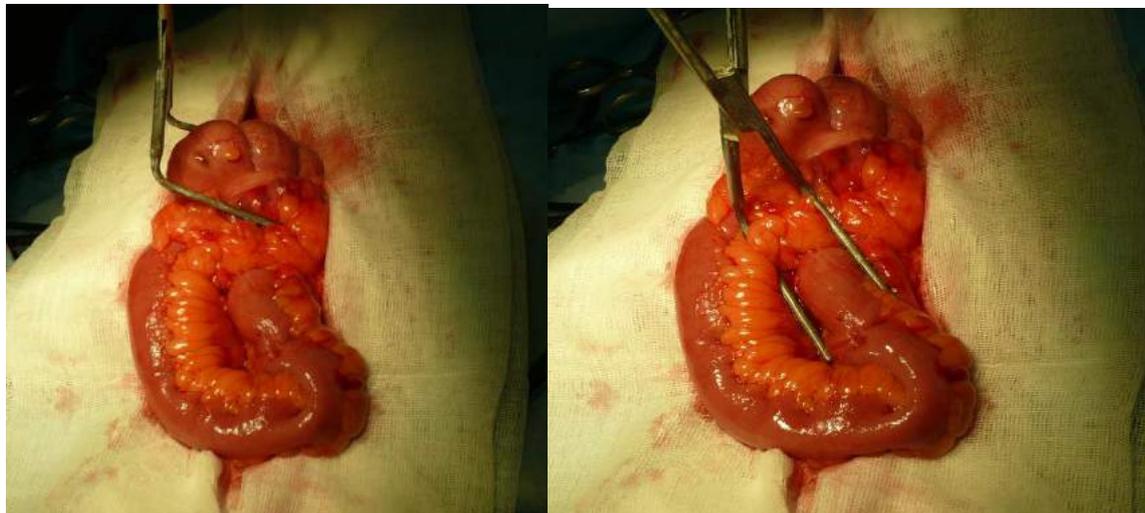


Рисунок 8. Интраоперационное измерение диаметра подвздошной и слепой кишок «измерителем-ограничителем»

9. На основании полученных данных определяют необходимую длину окружности каркасного кольца, формируемого из лигатурно-сальниковой ленты, с помощью программы Excel, на основании разработанной модели операции баугинопластики (рис. 9,10). На основании физико-математических разработок высчитан диаметр каркасного кольца – он равен диаметру восходящей кишки в месте его расположения.

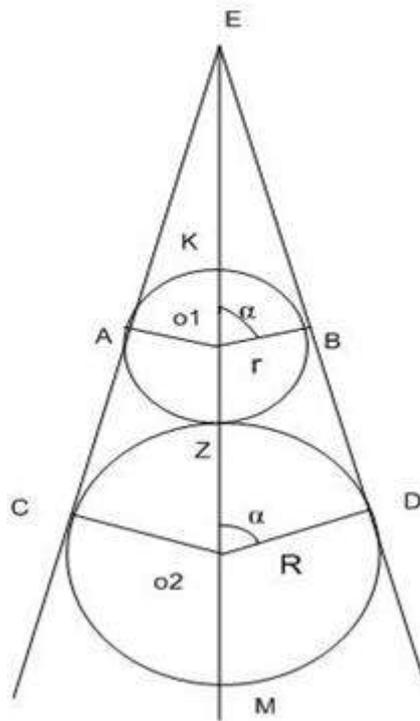


Рисунок 9. Модель багинопластики

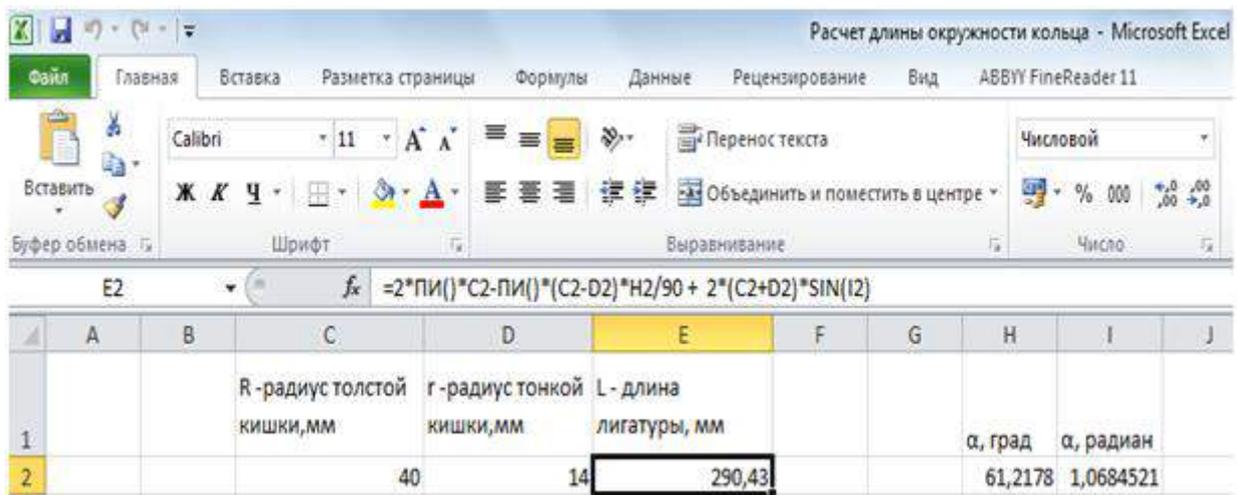


Рисунок 10. Screenshot макроса программы Excel для определения длины окружности каркасного кольца при проведении багинопластики

10. Лигатурно-сальниковую ленту укладывают на серозную оболочку передней поверхности сшитых участков кишечника на 2-3 см выше илеоцекального соустья – под контролем «измерителя-ограничителя» формируют каркасное кольцо необходимой длины окружности, определенной заранее (рис. 11).

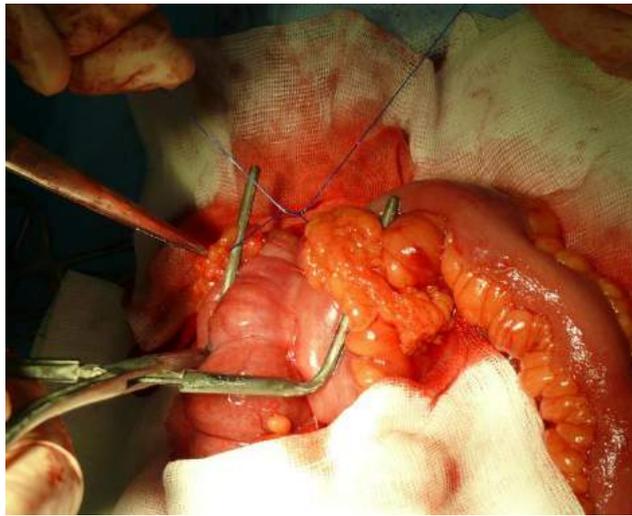


Рисунок 11. Концы лигатурно-сальниковой ленты сшиваются между собой, образуя кольцо необходимой длины окружности

11. Концы лигатуры связывают, избыток концов иссекают (рис. 12).

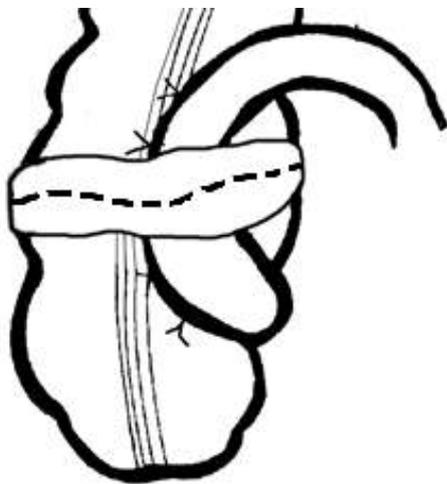


Рисунок 12. Окончательный вид баугинопластики

Схема работы автономно функционирующей конструкции по обеспечению арефлюксности илеоцекального перехода заключается в следующем. Давление в просвете толстой кишки ниже или равно давлению в просвете подвздошной кишки, подвздошная кишка не сдавлена; содержимое тонкой кишки может поступать в толстую кишку (рис. 13).

Давление в просвете толстой кишки выше давления в просвете тонкой кишки, подвздошная кишка сдавлена восходящей кишкой на лигатурно-сальниковом каркасе; содержимое толстой кишки в тонкую кишку не поступает (рис. 14).

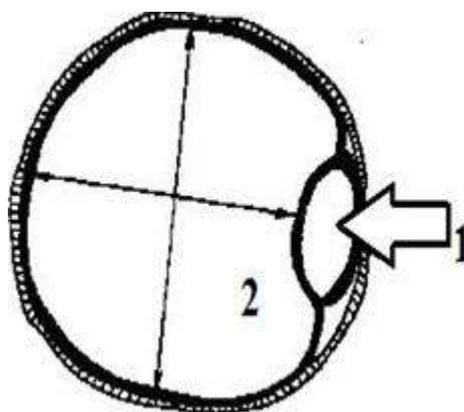


Рис. 13. Содержимое тонкой кишки 1 может поступать в толстую кишку 2

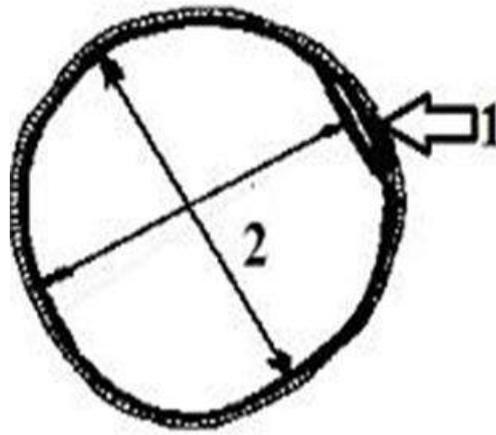


Рис. 14. Содержимое толстой кишки 2 в тонкую кишку не поступает 1



Рисунок 15 Ирригограмма после хирургической коррекции НБЗ – рефлюкс не определяется.

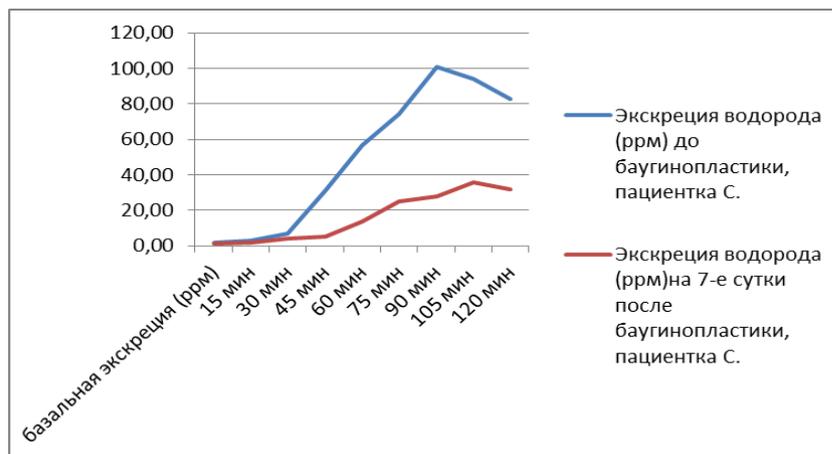


Рис. 16. Экскреция водорода на 7-е сутки после баугинопластики.

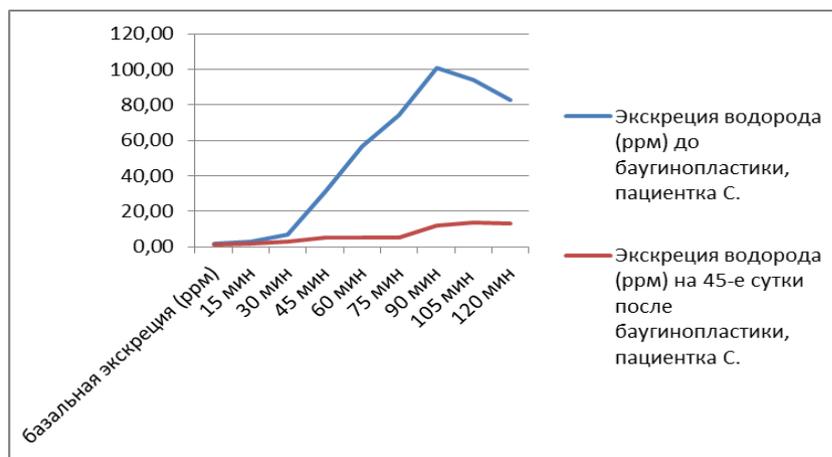


Рис. 17. Экскреция водорода на 45-е сутки после баугинопластики.

Положительными моментами разработанного способа баугинопластики являются:

1. Проводится дополнительная интраоперационная дигитальная диагностика недостаточности баугиниевой заслонки у пациентов;
2. Определение необходимой длины окружности каркасного кольца, накладываемого на восходящую ободочную и подвздошную кишки, математически объективизировано и обосновано, что исключило возможность возникновения осложнений, связанных с относительно узким каркасным кольцом (кишечная непроходимость);
3. Использование хирургического инструмента «измеритель-ограничитель» позволяет точно определить необходимые для расчета размеры восходящей ободочной и подвздошной кишок в месте предполагаемого наложения каркасного кольца;
4. Полученные с помощью «измерителя-ограничителя» необходимые размеры кишок используются в расчетах с помощью программы Excel, что позволяет мгновенно определить необходимую длину окружности каркасного кольца для данного конкретного пациента;
5. «Измеритель-ограничитель» позволяет контролировать длину окружности каркасного кольца при формировании его вокруг сформированного комплекса кишок илеоцекального перехода;
6. Использование лигатурно-сальниковой ленты исключило реакции ткань-трансплантат (воспаление в месте соприкосновения ленты и серозной оболочки кишки, миграция трансплантата);
7. Лигатурно-сальниковая лента сохраняет свою длину и прочностные характеристики после наложения на серозную оболочку кишок за счет нарасасывающейся лигатуры.

Выводы:

1. Разработанный способ баугинопластики является методом хирургической коррекции толстокишечного рефлюкса, СИБРа и восходящего пути инфицирования проксимальных отделов ЖКТ.

Список литературы

1. Мартынов В. Л. СИБР (хирургическое лечение и профилактика): монография / В. Л. Мартынов. — СПб: ЛИТЕО, 2016. — 312 с.
2. Мартынов, В. Л. Хирургическое. лечение рефлюксной болезни: Монография / В. Л. Мартынов. — Нижний Новгород, Изд-во ООО «Центр оперативной печати», 2013—535 с.
3. Мартынов, В. Л. Рефлюксы пищеварительного тракта и их хирургическая коррекция: дис. ... докт. мед. наук: 14.00.27 / В. Л. Мартынов— Саранск., 2006. — 261 с.

СЕКЦИЯ №45.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)

СЕКЦИЯ №46.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)

ВЛИЯНИЕ ХЛОРООРГАНИЧЕСКИХ ПЕСТИЦИДОВ НА РОЖДАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Дарбишев Э.П., Ешиев А.М.

(Дарбишев Э.П. - аспирант Ошского Государственного Университета, г. Ош, Кыргызстан;
Ешиев А.М. - доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии
Ошской межобластной объединенной клинической больницы г.Ош, Кыргызстан)

Врожденные аномалии детского возраста являются одними из самых актуальных медико-социальных проблем в современном мире в связи с их высокой частотой. В семьях, где родился ребенок с врожденной расщелиной верхней губы или твердого и мягкого твердого неба, у родителей часто нарушен психоэмоциональный фон и по большому счету родители пребывают в состоянии ступора и подавленности. Одним из главных факторов, рождения ребёнка с врожденной патологией верхней губы или неба, является неблагоприятная экология в зоне проживания родителей [4,5]. Данная проблема все еще актуальна в нашей республике, поскольку на юге страны локализованы основные неблагоприятные экологически проблемные зоны, где располагаются множество урановых хвостохранилищ, отвалов, угольных, нефтяных, золото - сурьмяных и ртуть добывающих предприятий. Кроме этого большое количество жителей занимаются выращиванием хлопка и табака, что отражается на состоянии здоровья проживающих на этой территории за счет интенсивного загрязнения воздуха ядохимикатами и алкалоидами табака [1,2,3].

Рост злокачественных опухолей репродуктивной системы женщин, высокая материнская и детская смертность, мертворождение ребенка, выкидыши, инвалидность детей с врожденными аномалиями развития, а так же сокращения показателей средней продолжительности жизни населения являются не только результатом низкой экономики, но и негативным воздействием отравляющей окружающей среды.

Цель исследования: изучить влияние хлорорганических пестицидов на рождаемость детей с врожденными пороками развития (ВПР).

Материалы и методы исследования

В своих исследованиях мы подытожили и обобщили имеющиеся и опубликованные когда-либо сведения разных авторов Кыргызской Республики о влиянии хлорорганических пестицидов на развитие врожденных пороков. Помимо этого, мы изучили коэффициент рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба из общего числа родившихся младенцев за один год. Во время исследования, нами учтены ранее полученные данные о рождаемости детей с врожденной патологией, а так же результаты токсикологических, радиологических и микробиологических исследований. Поскольку в наше время, как и при союзе, для охраны стратегически важного сырья, против вредителей технических культур хлопка, табака и лесных культур применяется более 30 видов ядохимикатов, из них более 60% составляют стойкие органические загрязнители (СОЗ) - хлорорганические пестициды (ХОП), которые могут длительное время находиться в окружающей среде. Так же аналогичный состав ядохимикатов применялся и для ликвидации очагов инфекционных болезней, для обработки природных очагов чумы, сибирской язвы, малярии, брюшного тифа, холеры и других инфекций.

Результаты исследования и их обсуждения

Для выявления воздействия ядохимикатов на рождение детей с врожденными пороками развития были изучены случаи выкидыша и мертворождения. Так по данным Г. И. Лазюка (1991г) 95% врожденных пороков развития несовместимы с жизнью при случаях выкидыша, на первых неделях беременности. В своих исследованиях «Медико-экологические проблемы юга Кыргызстана» авторы Р.М. Тойчуев, и Ч.Д. Абдираимова (2007), изучили, в разные времена года, влияние хлорорганических пестицидов на женщин Ошской области, занимающихся хлопководством и табаководством (табл. 1).

Таблица 1. Коэффициент выкидышей и мертворожденных у беременных женщин Омской области занимающихся хлопководством и табаководством в разные времена года.

Патология беременности	Периоды года		
	Зимний	Период возделывания табака	Период возделывания хлопка
Выкидыши	4,8%	25-30%	18,0-23,0%
Мертворождения	0,5-0,8%	2,0-2,5%	1,3-1,9%

По результатам таблицы 1 видно, что наибольший процент выкидышей приходится на период возделывания табака, достигая до 30%, а на период добычи хлопка приходится - 23,0%. В эти же периоды, по сравнению с другими временами года в 2,5-3 раза чаще наблюдается мертворождаемость.

К.Ш. Сакибаев и Т.М. Тулекеев (2002г.) в своих исследованиях, чтобы выявить неблагоприятное воздействие хлорорганических пестицидов на рождение детей с врожденными пороками развития, брали на обследование, удаленные во время операции, секции и небольшие участки органов детей с врожденными пороками развития на содержание в них элементов ХОП (табл. 2).

Таблица 2. Коэффициент содержания ядохимикатов в удаленных во время операции тканях, в зависимости от зоны проживания матерей.

№	Зоны проживания	Кол-во обследованных материалов	Кол-во пациентов с содержанием ХОП	Содержание ХОП в %
1.	Хлопко- табакосеющие	20	20	100,0
2.	Городские	20	17	85,0
3.	Горные	2	1	50,0
	Всего обследовано	42	38	90,47

Помимо неблагоприятного влияния хлорорганических пестицидов, факторами рождения детей с врожденными пороками развития могут быть и наследственные факторы, употребление алкоголя во время беременности, перенесенные вирусные инфекции в первом триместре, родственные браки и т.д. (табл. 3).

Таблица 3. Факторы возникновения врожденных патологий развития у детей.

№	Причины ВПП	К-во обследованных	Кол-во пациентов с ВПП	Кол-во обнаружен-х пестицидов
1.	Алкоголизм	42	2	4,76
2.	Родственный брак	42	3	7,14
3.	Заболевшие вирусной инфекцией в первом триместре	42	5	11,9
4.	Наследственный фактор	42	2	4,76
	Всего	168	12	28,56

Эмбрион в первом триместре является наиболее чувствительным к различным токсичным веществам, поэтому даже незначительное попадание их в организм беременной женщины в последующем может привести к прерыванию беременности, замиранию плода или развитию врожденных патологий у новорожденных. К примеру, ряд авторов (К.Ш. Сакибаев и Т.М. Тулекеев, 2002 г. и др.) провели исследование 75 абортальных материалов, которые получены после прерывания беременности в первые два месяца, т.е. до образования плаценты. По результатам исследования в 23(30,5%) исследуемых материалах было обнаружено наличие в них пестицидов, у четырех (5,33%) женщин выявлена высокая концентрация, а у двух (2,66%) женщин обнаружена патология эмбриона – плода, которую авторы связывают с влиянием хлорорганических пестицидов на развитие врожденных пороков.

Таблица 4. Содержание пестицидов в исследуемых абортальных материалах.

Концентрация ХОП в абортальном материале	Количество обследованных	Из них обнаружен ХОП	
		Количество	В %
Всего обследовано	75	23	30,6

Из них ХОП в пределах 0,1 мг/кг	75	4	5,33
Из них обнаружено ВПР	75	2	2,66
Из них ХОП свыше 0,1 мг/кг	75	17	22,6

По результатам таблицы 4 видно, что содержание хлорорганических пестицидов в абортальном материале в пределах 0,1 мг/кг было найдено в 4 (5,33%) исследуемых материалах, а высокая концентрация ХОП выявлена в 17 материалах и составило 22,6 процентов. Из всех 75 исследуемых, абортальных материалов, в 2 (2,66%) случаях была обнаружена врожденная патология развития.

В исследованиях А.М. Ешиева и А.К. Давыдовой (2013, 2014гг.) авторы провели изучение и анализ рождаемости детей с врожденными патологиями по Ошской области и в частности по городу Ош. По результатам исследования выяснили, что за период с 2010 по 2012гг. по городу Ош всего родилось 30598 новорожденных, из них с врожденными патологиями родились 47 детей, что составляет 1,53 на 1000 новорожденных. В целом по Ошской области всего родилось 54726 новорожденных, из которых дети с врожденными патологиями челюстно-лицевой области составили 71 младенцев, что составляет 1,29 на 1000 новорожденных. Если распределить количество родившихся детей по районам то получится: в Алайском районе - 3280 младенцев, из них с врожденной патологией – 4 (1,2); в Араванском районе всего родилось – 7559, из них с патологией составили - 15(1,98) детей; в Ноокатском районе родилось - 16756 детей из них – 25 новорожденных с врожденной патологией (1-61); Каракулджинский район – 2715 детей из них - 3 (1,1) с ВПР; Карасуйский район – 12342 детей из них - 24(1,94) с ВПР; Чон-Алайский район – 1970 детей, в этом районе детей с врожденной патологией развития не зарегистрировано.

Исходя из полученных результатов исследования рождаемости детей с ВПР по областям, можно утверждать, что наибольший коэффициент рождаемости детей с патологией отмечается в таких районах, как Араванский -1,98, Карасуйский - 1,94 и Ноокатский - 1,61. Это объясняется тем, что в этих районах население в основном занимаются хлопководством, табаководством и выращиванием бахчевых культур, поэтому они чаще используют ядохимикаты для уничтожения вредителей технических культур хлопка и табака. А наименьший коэффициент рождаемости детей с врожденной патологией развития отмечается в Алайском-1,2, Каракулджинском - 1,1 районах, а в Чон-Алайском районе вовсе не было зарегистрировано рождение детей с ВПР за 3 летний период исследования, поскольку в этом районе в основном население занимается животноводством.

Таким образом, исходя из полученных результатов проведенного исследования, доказана связь рождаемости детей с различными врожденными патологиями развития с влиянием хлорорганических пестицидов на беременных или женщин детородного возраста. Также помимо влияния ХОП на рождаемость детей отмечается и неблагоприятное воздействие на течение беременности у женщин, приводя к преждевременным прерываниям беременности или мертворождению плода.

Список литературы

1. Тойчуев Р.М. Медико-экологические проблемы юга Кыргызстана //Ценрально-Азиатский медицинский журнал 3-й Национальный Конгресс по болезням органов дыхания 19-21 апреля 2007г.,Ош, Кыргызстан, Том 13 приложение 1.-2007.-С.22-25.
2. Сакибаев К.Ш., Тулекеев Т.М., Абдураимова Ч.Д, Байгазаков А.Т. Морфологические особенности плаценты у женщин, проживающих в хлопко- табакосеющих зонах Кыргызской Республике /Тезисы докладов VI конгресса Международной Ассоциации Морфологов // Научно-практический медицинский журнал «Морфология» г. Уфа, 2002.-№2-3.-С. 32-34.
3. Тойчуев Р.М., Абдураимова Ч.Д. Содержание и концентрация хлорорганических пестицидов в плаценте в зависимости от загрязнения окружающей среды в условия Ошской области /Актуальные проблемы современной науки: Труды 5-й Международной конференции молодых ученых и студентов. Естественные науки. Часть 27: Медицинские науки. / Науч.ред. Богданов Д.В., Колсанов А.В., Трунин А.С. –Самара: Изд. СамГТУ, 2004.-С.-64-67.
4. Ешиев А.М. Анализ рождаемости детей с патологиями челюстно-лицевой области по Югу Кыргызстана, влияние актовегина и синего света на уровень послеоперационных осложнений [Текст] /А. М. Ешиев, А. К. Давыдова //Молодой ученный. — 2013. — №12.-С.581-583.

5. Ешиев А.М. Частота и причины рождаемости детей с врожденными расщелинами по Южному региону Кыргызстана [Текст] / А. М. Ешиев, Э. П. Дарбишев, А. К. Давыдова // Молодой ученый. — 2014. — №21. — С. 39-41.

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)

ГАРМОНИЗАЦИЯ ФАРМАКОПЕЙНЫХ ТРЕБОВАНИЙ К ГЛАЗНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ФОРМАМ

Антропова Г.А.

ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого», Великий Новгород

Повышение качества, эффективности и безопасности лекарственных средств (ЛС) взаимосвязано с гармонизацией требований к ним [8]. Гармонизация требований фармакопейных стандартов к ЛС является неизбежным процессом в интегрированных условиях их обращения. Переход российских производителей ЛС на стандарты надлежащей производственной практики (GMP), проведение работы по гармонизации фармакопейных стандартов – это примеры деятельности в данном направлении. Так как глазные лекарственные формы (ЛФ) имеют значительные достоинства и преимущества, широкое применение в медицинской практике, актуальным является изучение и гармонизация отечественных фармакопейных требований с международными, а также с требованиями Надлежащей фармакопейной практики (GPhP) [4].

Требования фармакопейных статей (ФС) различных стран к качеству производимых глазных ЛФ в основном соответствуют рекомендациям и требованиям ВОЗ, но могут отличаться по предлагаемым методам испытаний, или по некоторым показателям. Поэтому является обоснованным проведение анализа имеющихся стандартов качества на глазные ЛФ, разработка новых стандартов с целью гармонизации требований к документации, к методикам, используемым при проведении испытаний, наименованию препаратов, содержанию разделов ФС, показателей качества, методов их определения, изложенных в отечественной фармакопее и в ведущих мировых фармакопеях.

Целью исследования является изучение современных требований к составлению и структуре нормативной документации на глазные лекарственные формы, а также процесса гармонизации с международными нормами.

Термин «гармонизация» означает: взаимное согласование, сведение в систему, координация, упорядочение, обеспечение взаимных процессов и интересов. По определению, данному в Соглашении Таможенного союза (ТС) и Единого экономического пространства (ЕЭП), гармонизация – это приведение национального законодательства Сторон в соответствие с требованиями права ТС и ЕЭП и международными требованиями в сфере обращения ЛС.

Обмен профессиональным опытом осуществляется в условиях многоязычной коммуникации. Так, большинство текстов в области стандартизации ЛС, таких как ведущие мировые фармакопеи (USP, Eur.Ph., BP, JP), документы ВОЗ, Европейского директората по качеству ЛС (EDQM), Управления по контролю за

качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA), Европейского агентства ЛС, Конвенции по фармацевтическим инспекциям и др. издаются на английском языке [5]. При этом наблюдаются определенные сложности, связанные с употреблением специальных фармацевтических терминов, так как в русском языке может присутствовать параллельное использование нескольких терминов для обозначения одного и того же понятия, либо может использоваться недостаточно корректный перевод какого-либо термина. Иногда в тексте аббревиатуры не переводятся на русский язык, а сохраняются в английском написании, например, CRS (certified reference substance), а также CRM (табл. 1).

Таблица 1

Применение нескольких терминов для обозначения одного понятия

Термин на английском языке	Термин на русском языке
Good Clinical Practice (и другие стандарты GXP)	Надлежащая клиническая практика
	Практика проведения клинических исследований
Active pharmaceutical ingredient	Действующее вещество
	Лекарственное вещество
	Активный фармацевтический ингредиент
Pharmaceutical Quality System (ICH Q10)	Фармацевтическая система качества
	Система фармацевтического качества
Risk Control (ICH Q9)	Регулирование риска
	Принятие решения по риску
	Контроль риска
Reference standard	Стандартный образец
	Эталонный материал
	Эталонный стандарт
	Референтный стандарт
Reference material	Стандартный образец
	Стандартный материал
	Референтный материал
	Эталонный материал
	Образец сравнения
Certified reference material	Сертифицированный стандартный материал (CRM)
	Стандартный образец материала (вещества)
	Аттестованный образец материала
	Аттестованный стандартный образец
Certificate of pharmaceutical product (CPP)	Сертификат фармацевтического продукта
	Паспорт лекарственного препарата
Drug label	Официальная информация о препарате
	Инструкция по применению
Generic drug	Дженерик
	Генерик
	Воспроизведенный препарат

Комиссия Европейской фармакопеи разработала списки стандартных терминов, которые доступны в электронном виде по подписке на официальном сайте EDQM [9]. В базе данных стандартные термины разделены на пять категорий:

- лекарственные формы – например, капли глазные (Eye drops);
- краткие термины (понятные пациенту) – используются при маркировке ЛС;
- пути и способы введения ЛС в организм – например, таблетка для имплантации (Implantation tablet);
- контейнеры, укупорочные элементы и устройства для введения ЛС в организм;
- комбинированные термины – например, капли ушные/глазные, раствор (Ear/eye/drops, solution); или раствор для инъекций в предварительно заполненных шприцах (Solution for injection in pre-filled syringe).

В настоящее время проводится формирование единой системы обеспечения качества ЛС на территории стран, входящих в Евразийский экономический союз (ЕАЭС), так как с 1 января 2016 года начал

действовать единый рынок ЛС и медицинских изделий. Гарантом сохранения на фармацевтическом рынке любого государства качественных ЛС является соблюдение стандартов государственной фармакопеи (ГФ). Объединение фармацевтических рынков стран невозможно без гармонизации надлежащих фармацевтических практик (ГхР), национальных фармакопей и фармакопейных стандартов, создания общей фармакопеи ЕАЭС, в связи с этим разработана Концепция гармонизации фармакопей государств-членов ЕАЭС [6].

В странах, входящих в состав ЕАЭС, продолжается работа над гармонизацией и переизданием национальных фармакопей. Так, в РФ в 2015 году была представлена ГФ XIII-издания в 3-х томах, в которые вошло 179 частных ФС, а также 229 общих фармакопейных статей (ОФС), из которых 21 на ЛФ [3]. В Республике Беларусь I издание фармакопеи, состоящее из 3 томов (2007-2009 гг.), включает 297 ОФС и 601 ФС, и в 2013 году вышел первый том второго издания фармакопеи. Республика Казахстан проводит работу по выпуску новых томов второго издания фармакопеи с 2015 года, I издание в 3-х томах (1 и 2 том от 2008 года, 3 том – 2014 года выпуска) содержит 305 ОФС и 646 частных статей.

С 2017 года приступил к работе Фармакопейный комитет ЕАЭС, в который вошли представители РФ, Республик Армении, Беларуси, Казахстана и Кыргызской Республики. На первом этапе предполагается разработка гармонизированных ОФС фармакопеи ЕАЭС, на втором – разработка частных ФС на субстанции и препараты. Организация подготовки издания Фармакопеи Союза и последующего её обновления обеспечивается Евразийской экономической комиссией.

В рамках гармонизации в качестве основных фармакопей признаются Европейская фармакопея (Eur.Ph.), Британская фармакопея (BP), Фармакопея США (USP). В качестве основной фармакопеи первого уровня Фармакопея Союза признает Европейскую фармакопею, так как Республики Беларусь и Казахстан провели гармонизацию национальных фармакопей в соответствии с Европейской фармакопеей, а также в фармакопее Республики Армении использованы монографии Eur.Ph. в полном объёме.

На этапе работы над изданием фармакопеи актуальным представляется обратить особое мнение на требования к качеству к таким важным для каждого человека препаратам, как глазные ЛФ. Глазные ЛФ составляют 2,1% от общего числа зарегистрированных в РФ лекарственных препаратов [2]. Предложены различные классификации глазных ЛФ: по способу применения, по типу дисперсной системы и агрегатному состоянию [1].

Основными видами глазных ЛФ являются глазные капли, мази и гели глазные. На глазные препараты отечественного производства приходится около 50% представленных на фармацевтическом рынке офтальмологических ЛС, среди которых преобладают капли глазные (около 84%), мази глазные (8%) и гели глазные (3%). Остальные ЛФ составляют от 1 до 2% от общего числа зарегистрированных глазных препаратов. В общей структуре глазных капель, зарегистрированных в РФ, истинные растворы составляют 68,0%, растворы ВМС – 21%, на долю суспензий приходится 5%, эмульсий – 1%.

При анализе нормативной документации (НД) на зарегистрированные препараты в виде ЛФ – глазные капли – наблюдаются различия в показателях качества, представленных в ФС и ФСП (фармакопейная статья предприятия), некоторое несоответствие действующих ОФС и требований, изложенных в ведущих зарубежных фармакопеях, то есть не совсем унифицированы подходы к стандартизации качества данной ЛФ, а также и остальных глазных ЛФ, что требует доработки стандартов качества. Для глазных капель перечень разделов НД, приведенный в ОСТе, дополнен показателями качества, присутствующими в стандартах качества отечественных и зарубежных производителей. Рассмотрим показатели качества на ЛФ – капли глазные, представленные в общих статьях ГФ XIII на методы анализа и ОФС.1.4.1.0003.15 Глазные лекарственные формы. Перечень представлен в таблице 2.

Таблица 2

Фармакопейные требования к качеству ЛФ «Капли глазные»

Раздел	Требования к качеству
Название	Торговое название в соответствии с нормами патентной защиты. Международное непатентованное название в соответствии с принципами ВОЗ
Состав	Действующие и вспомогательные вещества. При наличии в составе консервантов, антиоксидантов и др., обязательно приводится их наименование и содержание
Описание	Сведения, наиболее полно характеризующие требования, предъявляемые к внешнему виду и органолептическим характеристикам ЛФ

Подлинность	В соответствии с составом ЛП, рекомендуется сочетание физико-химических и химических методов
Прозрачность	Показатели «Прозрачность» и «Цветность» для глазных капель, представленных истинными растворами
Цветность	
pH	В пределах от 3,5 до 8,5 (оптимально – 7,4)
Кислотное число	Для ЛП в состав которых входят вещества, способные к гидролизу и окислению; для масляных растворов (ОФС «Кислотное число», ОФС «Перекисное число»)
Перекисное число	
Плотность	Для глазных капель в виде масляных растворов
Осмоляльность (осмолярность)	В пределах осмолярности 0,6–2,0% раствора хлорида натрия (оптимально – 0,9±0,2%); ОФС «Осмолярность»
Вязкость	Для капель, представленных растворами ВМС, эмульсиями, суспензиями и др. вязкими жидкостями. Показатель вязкости (оптимально 5–15 мм ² /с) не должен превышать 150 мм ² /с (ОФС «Вязкость»)
Механические включения	Видимые частицы в соответствии с ОФС «Видимые механические включения в ЛФ для парентерального применения и глазных ЛФ»
Размер частиц	Для глазных капель суспензионного и эмульсионного типов
Седиментационная устойчивость	Для глазных капель суспензионного типа в соответствии с ОФС «Суспензии»
Объём содержимого упаковки	Объём должен быть не менее номинального
Однородность дозирования	Для глазных капель в однодозовой упаковке в соответствии с ОФС «Однородность дозирования»
Посторонние примеси	Приводится если в ЛФ возможно присутствие и/или накопление посторонних примесей
Стерильность	В соответствии с ОФС «Стерильность»
Количественное определение	Содержание определяемых веществ выражается в мг или ЕД в одной дозе для дозированных ЛФ или в 1 г (мл) препарата для недозированных препаратов
Упаковка	В стерильных однодозовых и многодозовых упаковках с контролем первого вскрытия, снабженных при необходимости приспособлением, обеспечивающим удобство применения и предотвращающим загрязнение
Маркировка	Указывают названия действующих веществ, их количества и перечень названий всех вспомогательных веществ. Указание о стерильности. На этикетке многодозовой упаковки указывают срок хранения после первого вскрытия
Хранение	Указаны особенности хранения
Срок годности	Период времени соответствия ЛФ требованиям НД. В соответствии с ОФС «Сроки годности ЛС»

Требования к качеству ЛФ «Капли глазные», изложенные в ФС, будут способствовать поступлению на фармацевтический рынок качественных, эффективных и безопасных препаратов, независимо от производителя. Унификация требований к качеству нормативной документации отечественных и зарубежных производителей ЛС, гармонизация отечественных норм и правил по качеству ЛФ с международными требованиями является основой для повышения надежности оценки ЛФ.

Таким образом, процессы гармонизации фармакопей необходимы и одной из задач Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года является повышение конкурентоспособности фармацевтической промышленности за счет гармонизации отечественных стандартов по разработке и производству ЛС с международными требованиями, особенно с Европейской фармакопеей [7].

Ускорение процесса гармонизации фармакопейных стандартов связано с наличием унифицированной системы переводных терминов и рекомендаций по их использованию. Гармонизация фармакопейных требований направлена на унификацию критериев при создании и контроле качества ЛС во

всех странах, при этом гармонизация подходов к проведению фармацевтико-технологических тестов ЛФ позволит повысить качество, эффективность и безопасность ЛС.

Список литературы

1. Биченова К.А. Современные аспекты классификации и стандартизации глазных лекарственных форм / К.А. Биченова, И.В. Сакаева, Е.И. Саканян // Тенденции развития современной медицины: материалы международной научно-практической конференции – Новосибирск: Изд. «Сибирская ассоциация консультантов», 2012. – С. 45-51.
2. Государственный реестр лекарственных средств Российской Федерации. [Электронный ресурс]. // <http://grls.rosminzdrav.ru/>
3. Государственная фармакопея Российской Федерации. 13-е изд. М.; 2015. Available from: <http://femb.ru/feml>.
4. Жилиякова Е.Т. Гармонизация требований к глазным каплям в свете современного развития фармацевтического производства / Е.Т. Жилиякова, М.Ю. Новикова, О.О. Новиков, Д.В. Придачина // Разработка и регистрация лекарственных средств. – 2014. – №1(6). – С. 24-30.
5. Миронов, А.Н. К вопросу о гармонизации фармацевтической терминологии / А.Н. Миронов, Н.Д. Бунятян, Е.И. Саканян, О.Н. Губарева, А.А. Матюшин // Ведомости НЦЭСМП. – 2013. – №2. – С. 33-37.
6. Решение №119 Коллегии Евразийской экономической комиссии «О Концепции гармонизации фармакопей государств-членов Евразийского экономического союза» (принято в г. Москве 22.09.2015). [Электронный ресурс] // <http://www.eaeunion.org>
7. Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года (утв. приказом Министерства промышленности и торговли РФ 23 октября 2009 г., №956).
8. Филиппова, И.А. Фармакопея – гармонизация без потерь // Ремедиум. – 2008. - №12. – С.8-12.
9. Standard terms [Электронный ресурс]. Available from: <http://www.edqm.eu/en/standard-terms-590.html>

ОСОБЕННОСТИ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАТЕГОРИИ «ДЕТИ ВОЙНЫ» В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

**Сучкова А.С., Дударенкова М.Р, Горбунова Е.С., Нигматуллина Ю.У.,
Хасанова Д.В., Коробов А.М.**

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург

Аннотация. В статье описаны результаты анализа мер социальной поддержки гражданам, чье детство пришлось на годы Великой Отечественной Войны (ВОВ), а также лекарственной помощи этой категории населения в Оренбургской области. Полученные выводы могут быть использованы для совершенствования организационных мер лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне.

Среди важнейших задач современной фармации в настоящее время особое значение приобретает лекарственная помощь людям пожилого и старческого возраста в связи с нарастающей экономической нестабильностью, а также в результате изменений демографической структуры населения [1, 2]. Так, по данным Росстата на 01.01.2016 г. в РФ проживает 35,9 млн. человек старше трудоспособного возраста (24,6% от населения страны), в Оренбургской области – 479,2 тыс. человек (24,0%), из них правом на получение государственной помощи в виде набора социальных услуг могут воспользоваться различные категории граждан: инвалиды и участники ВОВ; ветераны боевых действий, труженики тыла и др. [4, 5]. Вместе с тем, статус «Дети Войны» до сих пор официально не утвержден действующим законодательством РФ, но в ряде субъектов РФ региональным законодательством установлены меры поддержки граждан, которые были лишены детства в военные годы («Дети Войны»). Таким образом, в настоящее время особенно актуальным является разработка и принятие на региональном уровне оперативных и стратегических мер по оптимизации лекарственной помощи гражданам, чье детство пришлось на период Второй мировой войны.

В связи с чем, **целью исследования** явилось выявление особенностей лекарственного обеспечения категории «Дети Войны» на территории Оренбургской области. Для достижения поставленной цели

решались задачи: анализ нормативно-законодательной базы по вопросам льготного лекарственного обеспечения; изучение динамики льготной категории граждан; анализ источников финансирования; анализ организации закупок лекарственных препаратов (ЛП); анализ ассортимента назначаемых на амбулаторном уровне ЛП.

Материалы и методы. Объектом исследования явилось льготное лекарственное обеспечение в Оренбургской области граждан категории «Дети Войны». В качестве источников информации использовались нормативные документы в сфере лекарственного обеспечения, статистические данные о населении области, отчетные документы ГАУЗ «ОАС». В процессе исследования использовались общенаучные методы (сравнение, описание, группировка), контент-анализ.

Результаты и обсуждение. На первоначальном этапе исследования был проведен анализ нормативной документации, который позволил выяснить, что на региональном уровне в 20 субъектах РФ для пожилых людей, которые были лишены детства в военные годы, предусмотрены меры поддержки и применяются различные виды льгот: ежемесячная денежная выплата, ежегодная диспансеризация в медицинских организациях, бесплатный проезд на городском транспорте и пр. Характер мер имеет существенные различия в зависимости от региона.

В Оренбургской области с 01.01.2015 г. вступил в силу Закон № 2575/733-V-ОЗ «О мерах поддержки отдельных категорий граждан, проживающих в Оренбургской области», под его действие попадают граждане, которым на момент окончания ВОВ (02.09.1945 г.) не исполнилось 18 лет. Закон устанавливает меры социальной поддержки (ежемесячная денежная выплата в размере 300 рублей; право на внеочередной прием в организации социального обслуживания), а так же лекарственной помощи на амбулаторном уровне (оплата в размере 50% стоимости ЛП по рецептам врачей) на территории области [3].

В результате изучения документальных источников нами был проведен анализ численности исследуемой категории граждан (табл. 1).

Таблица 1

Численность льготников категории «Дети Войны» в Оренбургской области

Показатель	2015	2016	Темп прироста	На 01.03.2017
Кол-во граждан, подтвердивших статус «Дети войны»	10 614	11 701	10%	20 244
Кол-во граждан категории «Дети войны», обратившихся за лекарственной помощью	2 009	2 231	11%	1 664
Доля обратившихся за лекарственной помощью, %	18,9	19,1	1%	8,2

Из табл. 1 видно, что количество граждан, подтвердивших свой статус, в категории «Дети Войны» возросло (темп прироста 10%), а в 2017 году существенно увеличилось. Доля обратившихся за лекарственной помощью растет незначительно, в связи с чем целесообразно усилить взаимодействие с врачами, проводить информационно-разъяснительную работу среди населения о мерах лекарственной помощи категории «Дети Войны».

В процессе исследования нами были изучены объемы финансирования мер социальной поддержки в части лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в Оренбургской области на амбулаторном этапе.

Как видно из рис. 1, средства, выделяемые для оказания лекарственной помощи категории «Дети Войны» остаются в 2016-2017 г.г. на одном уровне (950 тыс. руб.), несмотря на сложные экономические условия. Тем не менее, в связи с информатизацией возможно вступление в программу граждан и прогнозируемое увеличение численности лиц, обратившихся за лекарственной помощью, что потребует дополнительного финансирования.

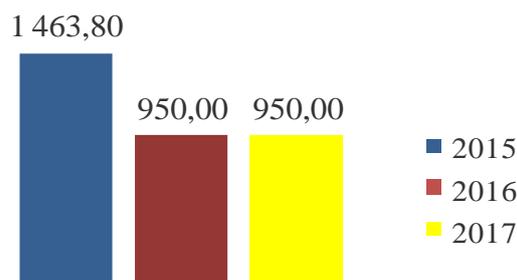


Рис. 1. Средства, выделяемые для лекарственного обеспечения категории «Дети Войны», тыс. руб.

Как показали результаты исследования, лекарственное обеспечение по рецептам организовано во всех районах области с привлечением как государственных (52, 90%), так и частных аптечных организаций (6; 10%). Установлено, что в 2016 году лекарственными препаратами был обеспечен 2 231 человек на сумму более 2 млн. руб. На 1 человека было выписано в среднем $7 \pm 2,3$ рецепта, на сумму $997,2 \pm 412,7$ руб.

При анализе ассортимента ЛП, отпущенных по рецептам врача, было установлено, что наиболее распространенными являются таблетированные лекарственные формы для внутреннего применения (рис. 2) как в натуральном выражении (16 345 уп.; 83%), так и по стоимости (543 тыс. руб.; 64%).

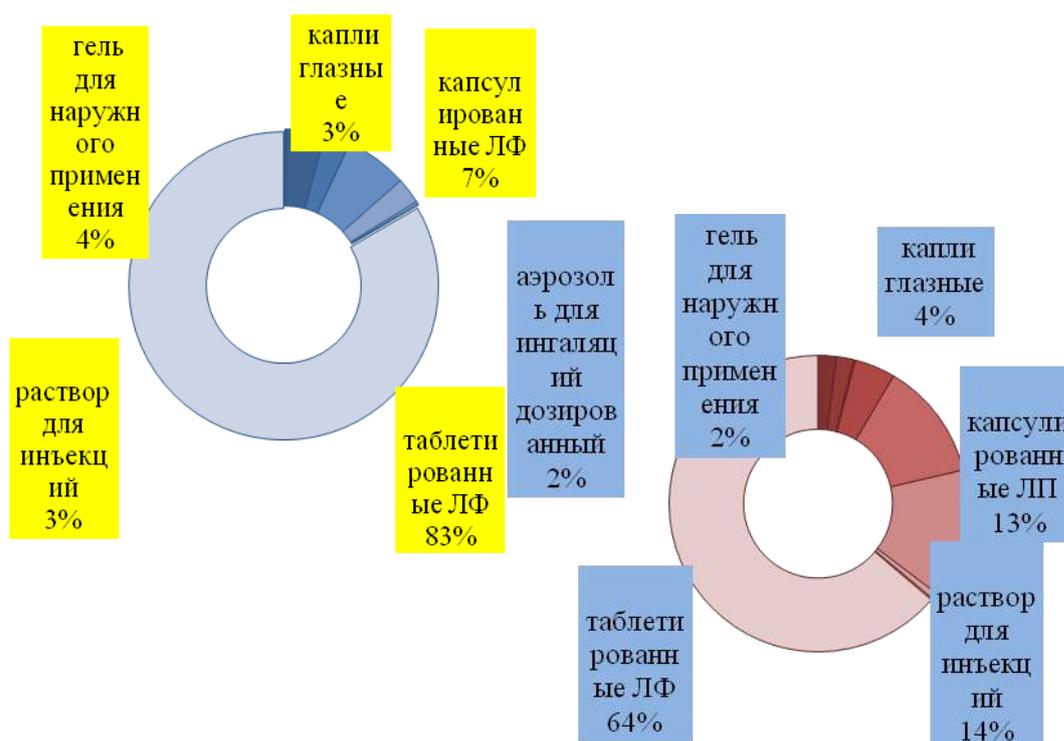


Рис 2. Анализ лекарственных форм в натуральном (слева, уп.) и стоимостном (справа, тыс. руб.) выражении.

Для оценки влияния современных тенденций импортозамещения на сферу лекарственного обеспечения нами был проведен анализ соотношения объемов закупленных отечественных и импортных препаратов при обеспечении категории «Дети Войны» (табл. 1).

Таблица 1

Анализ лекарственных препаратов по производителю

Производитель	МНН		ТН		Кол-во упаковок		Сумма, тыс. руб.	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Импортный	44	41	63	39	3 612	15	640,4	34
Отечественный	64	59	100	61	20 320	85	1 263,8	66
Всего	108	100	163	100	23 932	100	1 904,2	100

Из табл. 1 видно, что доля ЛП отечественного производства преобладает над импортными по всем анализируемым показателям: по международному непатентованному наименованию (МНН) - 59%, по торговому наименованию (ТН) - 61%, по количеству упаковок – 85%, по сумме – 66%.

При анализе объемов потребления ЛП (рис. 3), выпускаемых отечественными и зарубежными фармацевтическими производителями установлено, что лидером среди фирм-производителей является фармацевтическая компания ООО «Озон» как в натуральном (4,4 тыс. уп), так и в стоимостном выражении (72,5 тыс.руб.), но в структуре закупок в денежном выражении лидерство одерживают зарубежные производители. Так, в ТОП-10 на долю зарубежных компаний приходится около 34%.

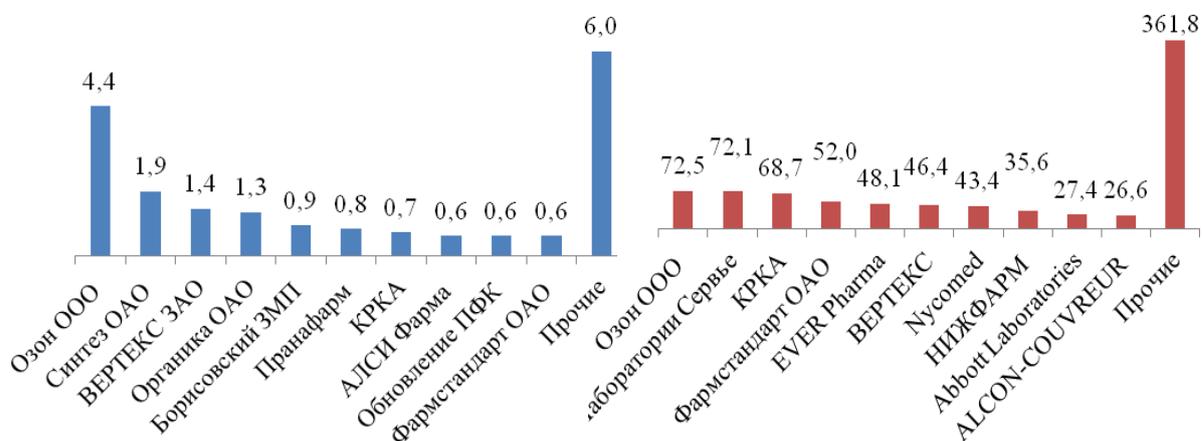


Рис. 3. Анализ производителей в натуральном (слева, уп.) и стоимостном (справа, тыс. руб.) выражении.

как в натуральном (4,4 тыс. уп), так и в стоимостном выражении (72,5 тыс.руб.), но в структуре закупок в денежном выражении лидерство одерживают зарубежные производители. Так, в ТОП-10 на долю зарубежных компаний приходится около 34%.

В результате исследования объемов отпущенных по рецептам ЛП относительно групп АТХ-классификации (рис. 4) установлено, что наиболее затратными являются следующие: С09 - препараты, влияющие на систему ренин-ангиотензин (26% в натуральном выражении, 18% - в стоимостном).

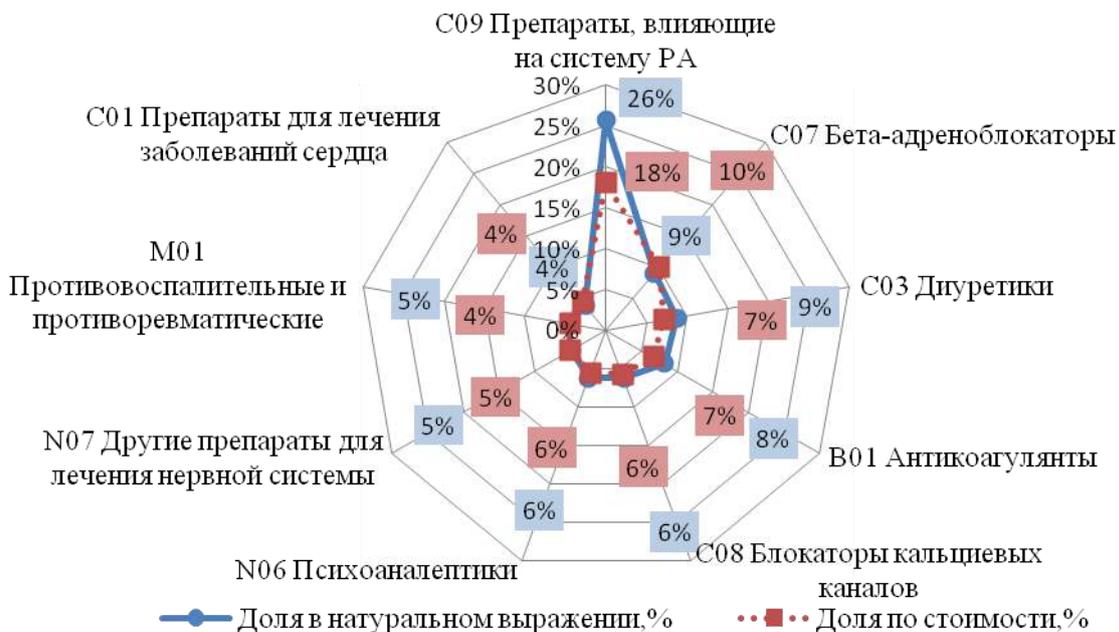


Рис. 4. Анализ объемов отпущенных по рецептам лекарственных препаратов в разрезе групп АТХ-классификации.

В процессе исследования нами были выявлены меры поддержки и характерные особенности льготного лекарственного обеспечения категории «Дети Войны» в Оренбургской области. Результаты могут быть использованы для совершенствования оперативных и стратегических организационных мер по оптимизации лекарственной помощи этой категории граждан на амбулаторном уровне.

Положительный опыт Оренбургской области по реализации мер поддержки и организации лекарственной помощи гражданам, чье детство пришлось на период Второй мировой войны, может быть применен другими субъектами РФ.

Список литературы

1. Воробьев П.А., Безмельницына Л.Ю. Организация лекарственного обеспечения в Российской Федерации // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2013. № 3-4. С. 3-8.
2. Гнатюк О.П. Медицинская помощь лицам пожилого и старческого возраста. Проблемы и механизмы реализации стратегии на региональном уровне // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 4. С. 25-30.
3. Закон Оренбургской области № 2575/733-V-03 «О мерах поддержки отдельных категорий граждан, проживающих в Оренбургской области».
4. Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 (ред. от 14.02.2002) «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».
5. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ (ред. от 19.12.2016) «О государственной социальной помощи».

СЕКЦИЯ №50.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВОДНО-СПИРТОВЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ, ПРИГОТОВЛЕННЫХ НА ОСНОВЕ СЕМЯН ЧЕРНУШКИ ПОСЕВНОЙ

Гурская Е. Ю.¹, Бакуреца Г.О.М.², Суслина С. Н.²

1 - Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Факультет фундаментальной медицины, Москва, Россия

2 - Российский университет дружбы народов, Медицинский институт, Москва, Россия

Резюме. Анализ современной литературы показал, что лекарственное растительное сырье (ЛРС) – семена Чернушки, является источником эффективного комплекса биологически активных веществ (БАВ).[1] Основным компонентом и главным действующим веществом семян черного тмина считается тимохинон. Но помимо тимохинона семена содержат другие активные компоненты, например рутин и биологически-активные пептиды. Способов выделения комплекса БАВ из семян, в настоящее время, предложено большое количество, но ни один из них не был проработан до конца. Таким образом, прослеживается неопределенность в выборе лекарственной формы во время терапии. Необходимость постоянного подбора новой технологии очистки и выделения композиции БАВ заставляет ученых выполнять дополнительный пулл работы в каждом новом исследовании. В связи с этим, в данной статье описаны технологические характеристики некоторых водно-спиртовых извлечений на основе семян чернушки.

Ключевые слова. Чернушка посевная, водно-спиртовые извлечения, семена черного тмина.

Введение.

Распространенные виды чернушки посевная и дамасская (*Nigella sativa*, *N.damascena*) используются в народной медицине с древних времен. Их фармакологический спектр имеет широкий диапазон, а состав комплекса БАВ обеспечивает высокую активность и большие возможности данного ЛРС.[2] В многочисленных научных исследованиях приведены фармакологические характеристики семян, доказана эффективность действия комплекса БАВ. Но в современных работах нет четких рекомендаций и указаний как оптимально и полно извлечь композицию действующих веществ, как выделить фармацевтическую субстанцию и какие из лекарственных форм подходят для терапии различных нозологий. Более того, нет сведений о четком составе технологической формы, применяемой при лечении, соответственно нет информации и о безопасности такой терапии. Поэтому очень важным аспектом разработки лекарственной формы является изучение технологических характеристик различных субстанций, полученных на основе семян черного тмина, в частности, водно-спиртовых извлечений – настоек.

Материалы и методы.

Оценка перспектив разработки лекарственной формы. Для оценки перспектив и возможностей технологических разработок на основе ЛРС семена чернушки были проанализированы исследования зарубежных и российских ученых. Рассматривались статьи европейских исследователей, а также представителей Азии, чьи работы являются показательными в связи с глубокими традициями применения чернушки и наличию сырьевой базы.

Лекарственное растительное сырье и экстрагент. Исходным материалом для приготовления водно-спиртовых извлечений (настоек и экстрактов) послужило лекарственное растительное сырье – семена Чернушки посевной, собранные в Йеменской Республике, урожай 2015 года. Экстрагентом в эксперименте выступал спирт этиловый различной концентрации, образцы водно-спиртовых смесей в концентрации 40%, 70% и 90% были получены из 95% этанола. Разведения производились в соответствии с алкоголиметрическими таблицами (ГОСТ 3639-79), концентрация спирта измерялась стеклянным ареометром при температуре 20°C. Подготовка ЛРС производилась методом измельчения на мельнице аналитической фирмы ИКА, модель А11В, с последующим применением ситового метода на аппарате Вибротехник №2193 модели ВП-Т.

Получение настоек. Настойка (в соответствии с ГФ XIII) – это жидкая лекарственная форма, представляющая собой обычно окрашенные спиртовые или водно-спиртовые извлечения, получаемые из лекарственного растительного сырья (высушенного или свежего), а так же из сырья животного происхождения без нагревания и удаления экстрагента.[3] Технология изготовления настоек с использованием водно-спиртовых экстрагентов была согласована с методикой Государственной фармакопеи XIII. Технология:

1. Подготовка ЛРС.

ЛРС Чернушки дамасской хранилось в сухом, чистом, проветриваемом помещении, без доступа прямого солнечного света при температуре 20-22 градуса Цельсия. Перед изготовлением настоек, ЛРС было измельчено в достаточном количестве. Измельченность ЛРС была определена ситовым методом, и диаметр частиц определялся как не более 2,0 мм.

2. Подготовка экстрагента.

Было изготовлено три типа настоек, где концентрации водно-спиртового экстрагента были соответственно 40%, 70% и 90%. Концентрация спирта была рассчитана с помощью ареометра и алкоголиметрических таблиц, в которых отражается зависимость плотности водно-спиртового раствора от температуры и относительного содержания спирта (по объему) при температуре плюс 20°C.

3. Метод дробной мацерации.

Данная методика является валидированной. Из сухого лекарственного растительного сырья, не содержащего сильнодействующие вещества, получают настойки при соотношении сырья и готового продукта (масса-объем) 1:5.

Рассчитанное количество измельченных семян Чернушки посевной укладывают в перколятор на фильтр из марли, уложенный материал так же покрывают марлевой салфеткой и помещают сверху грузики, чтобы предотвратить всплывание ЛРС. Перколятор укрепляют на штативе, под него помещают промаркированный, чистый, сухой сосуд-приемник. Подача экстрагента осуществлялась сверху, до появления зеркала над ЛРС, перколятор закрывается. Мацерационная пауза длится 48 часов, по истечении которой сливают ¼ объема готового продукта, оставшийся экстрагент подают на сырье, после 1,5 часов сливают еще порцию готового продукта. В течение дня проводят 4 слива, объединяя порции извлечения. Очистку проводят фильтрованием через марлевый тампон, после отстаивания настойки при 8 градусах.

4. Оценка показателей качества.

Определение коэффициента поглощения экстрагента проводилось с помощью весового метода в соответствии с методикой ГФ XIII. Определение экстрактивных веществ проводилось при помощи прибора Аквилон - анализатора влажности весового АВ-50 сер.№099 Оценка образования осадка балластных веществ в процессе хранения была сделана через два месяца. Настойки хранились в защищенном от света месте при температуре 4-8°C.

Результаты.

В таблице 1 представлены технологические характеристики настоек из семян Чернушки посевной.

№	Экстрагент	Внешний вид	КПЭ, мл/г	Экстрактивные вещества,%	Внешний вид через месяц хранения
1	40%	Прозрачная жидкость темно-коричневого цвета, низкой вязкости.	2,7	35,67	Выпал осадок белого цвета, предположительно белковый балласт.
2	70%	Прозрачная жидкость коричневого цвета, низкой вязкости.	2,1	14,01	Выпал осадок количество которого меньше, чем в 40%-ой настойке.
3	90%	Прозрачная жидкость желтого цвета, низкой вязкости	1,2	5,31	Не изменился.

Таблица 1.

Наблюдаются зависимости всех параметров от концентрации исходного экстрагента. С увеличением концентрации этанола падает коэффициент поглощения сырья. Наибольшее содержание экстрактивных веществ показывают извлечения 40% этанолом. Наиболее оптимальный внешний вид сохранился у извлечений 90% спиртом.

Закключение.

Оценка технологических характеристик ЛРС является необходимым компонентом при реализации комплекса БАВ как готового продукта для терапии и профилактики. Необходимо совершенствовать технологию экстракции неполярного комплекса метаболома семян Чернушки, а так же провести качественный анализ содержимого готовых фармацевтических субстанций, с целью придания им лекарственной формы.

Список литературы и источников

1. Aftab Ahmad. A review on therapeutic potential of *Nigella sativa*: A miracle herb // Asian Pac J Trop Biomed 2013; 3(5): 337-352
2. Kamal El-Din Hussein El-Tahir Ph D. The Black Seed *Nigella sativa* Linnaeus - A Mine for Multi Cures: A Plea for Urgent Clinical Evaluation of its Volatile Oil // J T U Med Sc 2006; 1(1)
3. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII издание, ОФС 1.4.1.0019.15 «Настойки».

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ СУХОГО ЭКСТРАКТА ИЗ ОКОЛОПЛОДНИКОВ *STYRAX OFFICINALIS L.* МЕТОДОМ ЦИРКУЛЯЦИОННОЙ ЭКСТРАКЦИИ

Хамама Зина, Хомик А.С., Суслина С.Н., Савосина А.А., Радева Д.В.

Кафедра общей фармацевтической и биомедицинской технологии РУДН, Москва

Аннотация: Подобраны оптимальные условия получения сухого экстракта из высушенных околоплодников стиракса лекарственного (*Styrax officinalis L.*). Проведена сравнительная оценка технологических параметров.

Ключевые слова: *Styrax officinalis L.*; околоплодник; циркуляционная экстракция.

Введение: Стиракс лекарственный это невысокое дерево (4-6 метров) широко распространенное в восточных странах Средиземноморья, в Италии, Греции, Турции, Сирии и Палестине [1]. Дерево цветет в конце весны, цветы маленькие белые. Плоды созревают в сентябре-ноябре [3]. В плодах стиракса лекарственного содержатся тритерпеновые сапонины; стиракс-сапонины (А, В, С) и стиракс-деацил сапонин (Рис.1) [4]. Тритерпеновые сапонины являются естественными поверхностно-активными веществами, чем и обусловлены их биологические свойства: антибактериальное, фунгицидное, гипохолестеринемическое и др. [2].

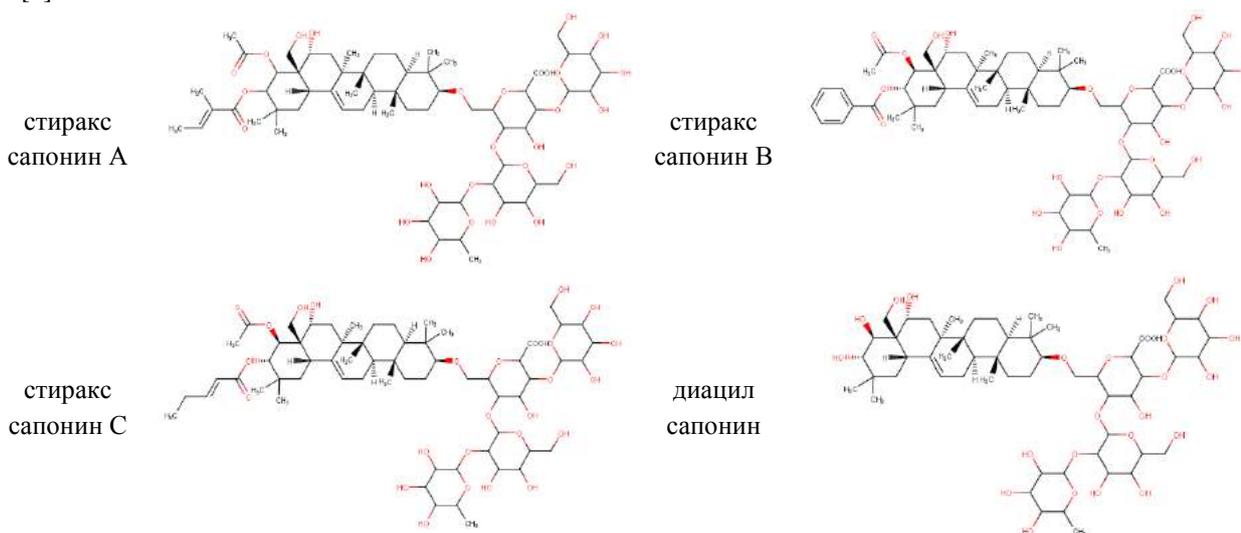


Рис.1. Структура стиракс-сапонинов (А, В, С) и стиракс-диацил сапонина

Цель проведения исследования: Разработка технологии получения сухого экстракта из околоплодников *Styrax officinalis L.* и подбор оптимальных условий экстрагирования.

Объектами исследования являлись опытные партии высушенных плодов стиракса, собранные на территории Сирии (около города Латакия) в августе 2015 г. Циркуляционная экстракция осуществлялась в аппарате Сокслета. Экстрагентами служили этанол и метанол в различных концентрациях.

Определение параметров экстракции. В качестве основных технологических параметров выбраны: степень измельченности сырья, время экстракции, концентрация и вид экстрагента.

Масса навески составляла 60,0г. Объем растворителя по отношению к сырью 1:5. Точную навеску измельченного сырья помещали в патрон из фильтровальной бумаги и опускали в экстрактор аппарата Сокслета с рабочим объемом 500 мл. Экстракцию проводили при температуре 55-60°C до полного

извлечения экстрактивных веществ, которое контролировалось по обесцвечиванию сливов. Полученную в колбу-приемник смесь полностью упаривали на ротационном испарителе в вакууме (230 mbar) при 66°C. Густой экстракт последовательно обрабатывали этилацетатом и н-бутанолом. При подкислении выпадал осадок, который отфильтровывали и сушили на воздухе при комнатной температуре до полного испарения растворителей.

Сухой очищенный экстракт стиракса представляет собой аморфный порошок от светло-кремового до кремового цвета с серым оттенком, со специфическим запахом. Полученный порошок измельчали и определяли числовые показатели.

Для подтверждения наличия в сухом экстракте сапонинов, были проведены реакции: пенообразования, Либермана-Бурхарда и гемолиза эритроцитов. Все они показали положительный результат, что подтверждает правильность процедуры выделения сапонинов из околоплодников стиракса.

Поскольку полнота извлечения БАВ зависит в том числе и от дисперсности экстрагируемого материала, была проведена оценка влияния размера частиц околоплодника стиракса на выход сухого экстракта. Измельченные с помощью ножевой лабораторной мельницы околоплодники стиракса просеивали на виброустановке через набор сит с отверстиями 2,5; 2,0; 1,0; 0,5; 0,25 мм. Основная масса частиц при ситовом анализе оставалась на ситах 1,0 и 0,5 мм. Частиц, не проходящих сквозь сито с размером отверстий 2,0 мм, менее 15%; частиц, проходящих сквозь сито с размером отверстий 0,25 мм, менее 16% (Таблица 1).

Таблица 1

Ситовой анализ измельченных околоплодников стиракса, %

Номер Партии	Частиц на сите 2,5 мм	Частиц на сите 2 мм	Частиц на сите 1 мм	Частиц на сите 0,5 мм	Частиц на сите 0,25 мм	Частиц сквозь сито 0,25 мм
1	0,013	11,637	36,599	22,165	14,946	14,643
2	0,022	13,406	35,405	20,027	18,222	12,979

В ходе экстракции, максимальный выход экстрактивных веществ (78,8%) наблюдается для фракции частиц 0,25-0,5 мм. Близкие к максимальному выходу значения получили для фракций 1,0-2,0 мм - 77,8% и 0,5-1,0 мм - 76,6%. Работа с крупными частицами удобней, особенно при использовании аппарата Сокслета, поскольку экстрагирование сырья с размером частиц меньше 0,25 мм приводило к уплотнению материала, что являлось препятствием проникновению растворителя, поэтому мы наблюдали минимальный выходы от 10 до 25% (Рис. 2).

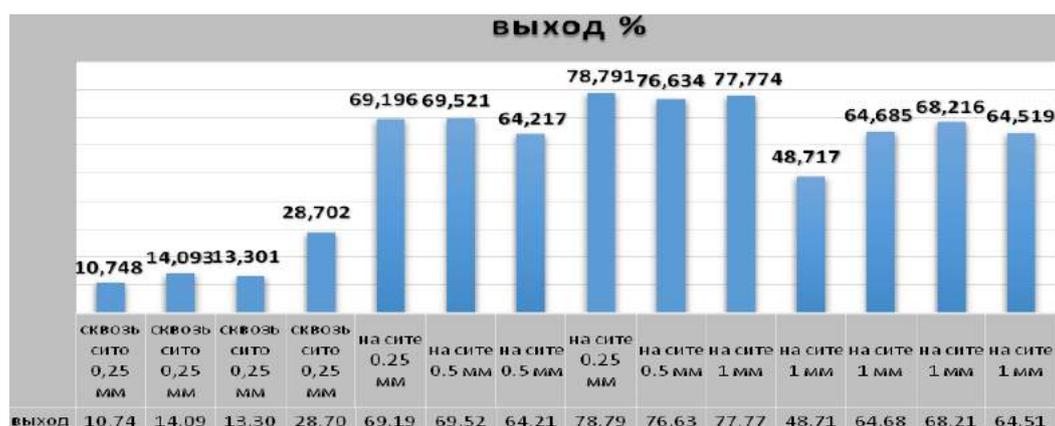


Рис. 2. Выход сухого экстракта в пересчете на абсолютно - сухое сырье% (w/w) из сырья с различной степенью измельченности.

При выборе оптимально экстрагента, для получения сухого экстракта из околоплодников стиракса, учитывали данные литературы о растворителях, обладающих высокой способностью растворять сапонины [4]. В ходе эксперимента нами установлено, что максимальный выход экстрагируемых веществ наблюдался при использовании метанола. Также выявлено, что оптимальная концентрация этилового спирта для

экстрагирования сапонинов находится в диапазоне 70-78%. Эта концентрация обеспечивала самый высокий выход сухого экстракта, по сравнению с другими концентрациями этанола (Рис. 3).

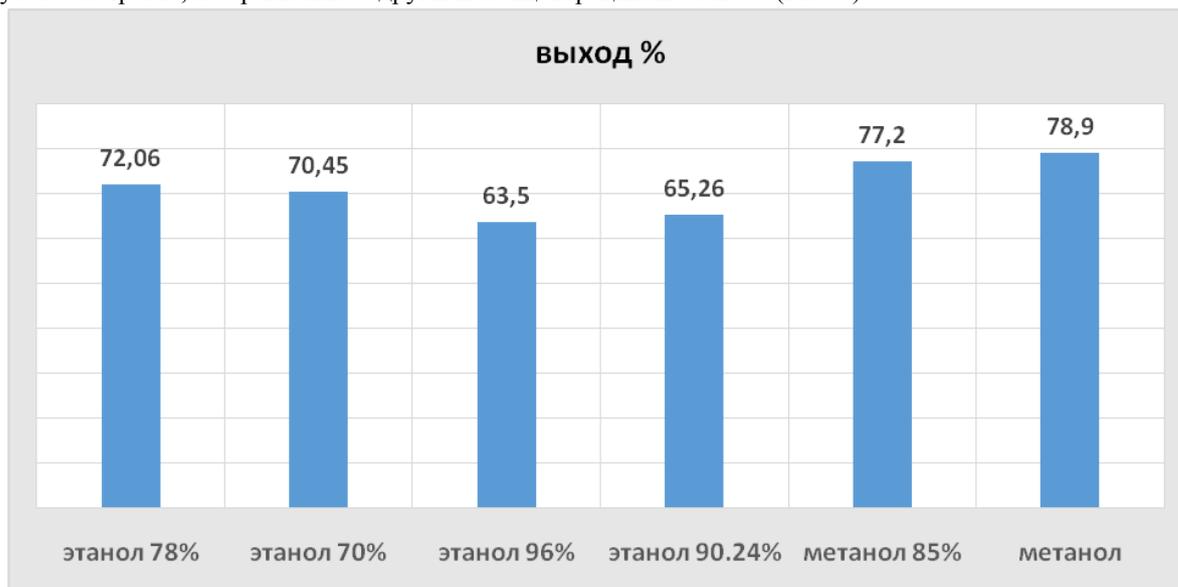


Рис. 3. Выход сухого экстракта в пересчете на абсолютно - сухое сырье % (w/w) с использованием разных растворителей с различными концентрациями.

Поскольку существенным экономическим показателем технологического процесса является скорость экстракции, была проведена оценка полноты извлечения в зависимости от времени и количества сливов. Об истощении материала мы судили по отсутствию окраски сливающегося раствора. Первый слив был насыщенного коричневого цвета. Скорость прохождения одного цикла экстракции составляла 1 слив в 40 минут (1,5 слив/час). В ходе эксперимента было установлено, что обесцвечивание вытяжки наступает к 8-10 циклу, что соответствует 6-7 часам экстрагирования. Для этого промежутка времени установлен максимум выхода экстрактивных веществ. При продолжительности экстракции менее 6 часов - низкий выход сухого экстракта, и при увеличении времени экстракции до 8, 9, 10, 11, 13 часов, не происходило увеличение выхода экстракта, что говорит о нерентабельности увеличения времени экстракции. Результаты данного сравнения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Выход сухого экстракта в пересчете на абсолютно - сухое сырье % (w/w)

Время экстракции, часы	Выход сухого экстракта, %
4	61,40
5	63,62
6	68,14
8	68,59
9	69,32
10	69,28
11	69,17
13	68,87

Выводы: Разработана методика получения сухого экстракта из околоплодников стиракса лекарственного. Установлены основные технологические характеристики. Оптимальная дисперсность экстрагируемого материала достигается при размере частиц от 2,5 до 0,25 мм, оптимальным растворителем является чистый метанол или более безопасный, но менее технологичный 70-78% этанол, оптимальное количество циклов экстракции 8-10 и время 6-7 часов.

Список литературы

1. Bock, B. Référentiel des trachéophytes de France métropolitaine/ B. Bock et al// eFlore, la flore électronique de Tela Botanica– 2016. –№3.02. – P.1-7.

2. Mohd, J. Pharmacological scientific evidence for the promis of Tribulus terrestris/ J. Mohd et al// International Research Journal of Pharmacy–2012.–3.– P.403-406.
3. Tayoub, G. Composition of volatile oils of Styrax (Styrax officinalis L.) leaves at different phenological stages / G. Tayoub, I. Schwob et al// Biochemical Systematics and Ecology– 2006. – № 34. – P.705-709.
4. Yayla, Y. Saponins from Styrax officinalis/ Y. Yayla, O. Alankus-Caliskan et al// Fitoterapia– 2002. – №73. – P.320-326.

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.

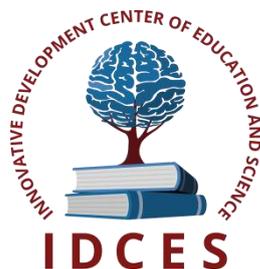
IV Международная научно-практическая конференция **«Перспективы развития современной медицины»**, г. Воронеж

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 (раздел «Медицина и фармакология»).

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



Актуальные проблемы и достижения в медицине

Выпуск IV

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

г. Самара

2017 г.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

Подписано в печать 10.04.2017.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 11,4.
Тираж 250 экз. Заказ № 040.

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