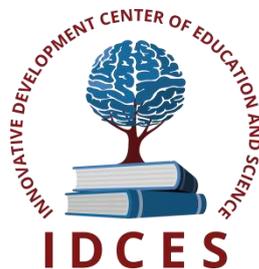


**ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ**  
**INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE**



**Актуальные вопросы и перспективы развития  
медицины**

**Выпуск IV**

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

**г. Омск**

**2017 г.**

**Актуальные вопросы и перспективы развития медицины.** / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 4. г. Омск, 2017. 73 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 вопросы и перспективы развития медицины**», г. Омск 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

<b>СЕКЦИЯ №1.</b>	
<b>АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)</b> .....	8
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛАЦЕНТ ПРИ СВЕРХРАННИХ И РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ Порядина С.А., Чистякова Г.Н., Гиниятова А.А.....	8
<b>СЕКЦИЯ №2.</b>	
<b>АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)</b> .....	11
ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА РАЗВИТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Бояринова А.-М.С., Пантелеева Д.В., Чемидронов С.Н., Бахарев Д.В.....	11
ПРОПОРЦИИ ЛИЦА КАК ОСНОВА ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ Курникова А.А., Старцев А.А., Киселев Н.М., Засыпкина С.В., Савельев В.Е., Моисеева А.А., Константинова М.С., Преснякова О.А., Трусова М.М.....	13
<b>СЕКЦИЯ №3.</b>	
<b>АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)</b> .....	15
<b>СЕКЦИЯ №4.</b>	
<b>БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)</b> .....	15
РОЛЬ МАКРОЛИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИСУСИТА Винникова Н.В., Дударев И.В.....	15
<b>СЕКЦИЯ №5.</b>	
<b>ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)</b> .....	17
<b>СЕКЦИЯ №6.</b>	
<b>ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)</b> .....	17
ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА Приходько М.Н., Андреев К.В., Филатов М.А., Багаутдинов А.Ф., Симонова Ж.Г. ....	17
<b>СЕКЦИЯ №7.</b>	
<b>ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)</b> .....	19
<b>СЕКЦИЯ №8.</b>	
<b>ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)</b> .....	19
<b>СЕКЦИЯ №9.</b>	
<b>ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)</b> .....	19
<b>СЕКЦИЯ №10.</b>	
<b>ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)</b> .....	19
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ Горбачев Д.О., Сазонова О.В., Бородин Л.М. ....	19
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ЕВПАТОРИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ Неуймина Г.И., Лахно В.А.....	20
<b>СЕКЦИЯ №11.</b>	
<b>ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)</b> .....	24
<b>СЕКЦИЯ №12.</b>	
<b>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)</b> .....	24

МОНИТОРИНГ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ СО СКЕЛЕТНОЙ РОДОВОЙ ТРАВМОЙ Кузнецова В.О., Вечеркин В.А., Чекмарева Д.В.....	24
<b>СЕКЦИЯ №13.</b>	
<b>ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09).....</b>	<b>26</b>
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ РОЖИ С ПОЗИЦИИ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ <sup>1</sup> Гопаца Г.В., <sup>1</sup> Усаткин А.В., <sup>2</sup> Журавлев А.С., <sup>1</sup> Титириян К.Р.....	26
ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВОГО СПЕКТРА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С Перепечай С.Д., Пшеницкая О.А., Пройдаков М.А.....	28
<b>СЕКЦИЯ №14.</b>	
<b>КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05).....</b>	<b>31</b>
ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ, ПЕНЗЕНСКОЙ И УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ Истомина М. С., Мильчаков Д. Е. ....	31
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО ДАННЫМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА КИРОВА 2014-2015 ГОДАХ Мусаев Ю. Ф.о., Мильчаков Д. Е. ....	35
<b>СЕКЦИЯ №15.</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09).....</b>	<b>39</b>
<b>СЕКЦИЯ №16.</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00).....</b>	<b>39</b>
<b>СЕКЦИЯ №17.</b>	
<b>КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10).....</b>	<b>39</b>
<b>СЕКЦИЯ №18.</b>	
<b>ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13).....</b>	<b>39</b>
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА Ефимова О.А. ....	39
<b>СЕКЦИЯ №19.</b>	
<b>МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00) .....</b>	<b>41</b>
<b>СЕКЦИЯ №20.</b>	
<b>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06) .....</b>	<b>41</b>
<b>СЕКЦИЯ №21.</b>	
<b>МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04).....</b>	<b>41</b>
<b>СЕКЦИЯ №22.</b>	
<b>НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27).....</b>	<b>41</b>
<b>СЕКЦИЯ №23.</b>	
<b>НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18).....</b>	<b>41</b>
<b>СЕКЦИЯ №24.</b>	
<b>НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11) .....</b>	<b>41</b>
<b>СЕКЦИЯ №25.</b>	
<b>НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29) .....</b>	<b>42</b>

<b>СЕКЦИЯ №26.</b>	
<b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b>	
<b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)</b> .....	42
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК	
С ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ	
Синявская О.И. ....	42
<b>СЕКЦИЯ №27.</b>	
<b>ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)</b> .....	44
<b>СЕКЦИЯ №28.</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)</b> .....	44
<b>СЕКЦИЯ №29.</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)</b> .....	44
СТЕПЕНЬ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ	
ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ИНБРЕДНЫХ МЫШЕЙ, АДАПТИРОВАННЫХ К БИОГЕОХИМИЧЕСКИМ	
УСЛОВИЯМ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	
Куюкинова Г.Э. ....	44
<b>СЕКЦИЯ №30.</b>	
<b>ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)</b> .....	45
ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ	
РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ	
Кожевникова Т.Н., Мирошниченко К.П., Брянцева А.В. ....	46
<b>СЕКЦИЯ №31.</b>	
<b>ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)</b> .....	49
МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ	
ПУТЯХ И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ	
Чердниченко Т. С., Толстокорова Н. Д. ....	49
<b>СЕКЦИЯ №32.</b>	
<b>ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)</b> .....	51
<b>СЕКЦИЯ №33.</b>	
<b>ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)</b> .....	51
<b>СЕКЦИЯ №34.</b>	
<b>РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)</b> .....	51
РОЛЬ АНТИТЕЛ К КСАНТИНОКСИДАЗЕ В РАЗВИТИИ НЕФРИТА	
У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ	
Александров А.В. <sup>1</sup> , Шилова Л.Н. <sup>2</sup> , Александрова Н.В. <sup>1</sup> ,	
Емельянов Н.И. <sup>2</sup> , Александров В.А. <sup>1</sup> , Емельянова О.И. <sup>1</sup> .....	52
<b>СЕКЦИЯ №35.</b>	
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ</b>	
<b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)</b> .....	53
<b>СЕКЦИЯ №36.</b>	
<b>СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)</b> .....	53
<b>СЕКЦИЯ №37.</b>	
<b>СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)</b> .....	54
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРЯЗЕВОГО ПРЕПАРАТА «БИОЛЬ» В ПРОФИЛАКТИКЕ	
КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	
Бабушкина Н.С., Пушкова Т.Н., Краснова Е.А. ....	54
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ	
ПЕРИОДОНТИТОВ	
Ванченко Н.Б., Гарус Я.Н., Лысенко Л.И., Маковецкая В.Д. ....	56

О МОДЕЛИРОВАНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В ЗУБОЧЕЛЮСТНОМ СЕГМЕНТЕ Дорохова В.Д., Яковлева В.С.....	57
О РОЛИ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Дорохова В.Д., Яковлева В.С.....	59
ВЫЯВЛЕНИЕ ВЕДУЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ( НА ПРИМЕРЕ Г. СТАВРОПОЛЯ) Мхитарян А.К., Григоренко П.А., Бражникова А.Н., Варуха А.П.....	60
<b>СЕКЦИЯ №38.</b> <b>СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05) .....</b>	<b>61</b>
<b>СЕКЦИЯ №39.</b> <b>ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04) .....</b>	<b>61</b>
<b>СЕКЦИЯ №40.</b> <b>ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15).....</b>	<b>62</b>
АНАЛИЗ НЕОБХОДИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ТРАВМАХ ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА Сизякин Д.В., Дударев И.В., Суяров Д.А., Суярова Е.Д., Петров К.В., Пугачев В.Г.....	62
<b>СЕКЦИЯ №41.</b> <b>ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24).....</b>	<b>64</b>
<b>СЕКЦИЯ №42.</b> <b>УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23).....</b>	<b>64</b>
<b>СЕКЦИЯ №43.</b> <b>ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16) .....</b>	<b>64</b>
<b>СЕКЦИЯ №44.</b> <b>ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17) .....</b>	<b>64</b>
РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Аринчев Р.С.....	64
АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО NIGUS В УСЛОВИЯХ ОКБ НА СТ. УЛАН-УДЭ ОАО РЖД Елезова А.А .....	66
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ Обыденникова Т.Н., Верховин В.Д., Усов В.В., Крапивная И.Т.....	68
<b>СЕКЦИЯ №45.</b> <b>ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02).....</b>	<b>70</b>
<b>СЕКЦИЯ №46.</b> <b>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02).....</b>	<b>70</b>
<b>СЕКЦИЯ №47.</b> <b>АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08).....</b>	<b>70</b>
<b>СЕКЦИЯ №48.</b> <b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10).....</b>	<b>70</b>

<b>СЕКЦИЯ №49.</b>	
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА</b>	
<b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03).....</b>	<b>70</b>
<b>СЕКЦИЯ №50.</b>	
<b>ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01).....</b>	<b>70</b>
<b>СЕКЦИЯ №51.</b>	
<b>ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ</b>	
<b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06).....</b>	<b>70</b>
<b>СЕКЦИЯ №52.</b>	
<b>ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ</b>	
<b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02).....</b>	<b>70</b>
<b>СЕКЦИЯ №53.</b>	
<b>ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07) .....</b>	<b>70</b>
<b>ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2017 ГОД.....</b>	<b>71</b>

## СЕКЦИЯ №1.

### АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)

#### МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛАЦЕНТ ПРИ СВЕРХРАННИХ И РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Порядина С.А., Чистякова Г.Н., Гиниятова А.А.

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» МЗ РФ,  
г. Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Преждевременные роды (ПР) – одна из важнейших проблем в охране здоровья матери и ребенка, поскольку они напрямую влияют на перинатальную заболеваемость и смертность. ПР составляют приблизительно 8-10% всех родов в мире, но при этом российские показатели ниже, чем общемировые: всего 4,6% (2014) [9, с.396].

По срокам гестации в соответствии с рекомендациями Национального руководства по акушерству, ПР делят на: сверхранные в сроке 22-27 недель, ранние в сроке 28-33 недели, преждевременные в сроке 34-37 недель [1, с. 250].

В настоящее время имеется ряд работ, которые посвящены изучению нарушения функционирования маточно-фето-плацентарного комплекса как на ключевую причину преждевременных родов у женщин [2, 6]. Согласно определению Ю.И.Савченко, система «мать-плацента-плод» - это особое биологическое содружество двух или более организмов, в котором гомологичные исполнительные механизмы одноименных гомеостатических систем матери и плода специфически интегрируются, обеспечивая достижение одного и того же полезного результата [10, с.3]. Отмечая полезность этого определения, трудно согласиться с отсутствием в нем места для плаценты [5, с.14]. Плацента, как орган, функционирует в определенный промежуток времени, обеспечивает развитие беременности и рождение ребенка. Она объединяет мать и плод на протяжении всей беременности [11, с. 79].

Выявление морфологических показателей макро- и микроструктур плацент при преждевременных родах остается актуальным по настоящее время, особенно при многоплодной беременности. Это аргументируется тем, что частота многоплодия при преждевременных родах в 15 раз превышает таковую при одноплодной беременности, а количество неблагоприятных исходов для матери плодов увеличено в 10 раз [4, с.385].

**Цель исследования.** Оценить морфологическое строение плацент при сверхранных и ранних преждевременных родах у женщин с многоплодной беременностью.

**Материалы и методы:** проведен анализ 28 историй родов и протоколов патоморфологического исследования плацент женщин с многоплодной беременностью, вступивших в роды в сроках гестации 22-33,6 недель в ФГБУ «НИИ ОММ» МЗ РФ в 2016 году. В первую группу исследования вошли 13 женщин, родоразрешение которых пришлось на срок гестации 24-27,6 недель; во вторую – 15 женщин в сроке гестации 28-33,6 недель и их новорожденные дети.

Проводилось изучение акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения беременности, родов и послеродового периода женщин и раннего неонатального периода их детей. Макроскопический анализ плацент включал в себя: органометрию с определением максимального и минимального диаметра последа, его толщину; место прикрепления пуповины, ее диаметр и длину; наличие на материнской и плодной поверхности кальцинатов, инфарктов, гематом; на плодной поверхности – проявление сосудистого русла, на материнской поверхности – выраженность котиледонов и борозд между ними.

Микроскопически были исследованы функциональные структуры плаценты, соответствие их развития гестационному сроку, воспалительные процессы. Плаценты родильниц после фиксации в 10% забуференном формалине запускались в гистологическую проводку с абсолютированным изопропанолом, затем заливались в парафин. На микротоме Техном полученные парафиновые блоки были порезаны на срезы толщиной 5 мкм. Микроскопическое исследование плацент проводилось на микроскопе Zeiss Primo Star с использованием окраски микропрепаратов гематоксилином-эозином.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0». Количественные данные представляли в виде средней величины (М) и

стандартной ошибки средней ( $m$ ). Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывали абсолютное значение и относительную величину в процентах. Проверку статистических гипотез об отсутствии межгрупповых различий осуществляли с помощью хи-квадрата. Уровень статистической значимости различий ( $p$ ) принимали равным 0,05.

**Результаты.** Средний возраст женщин обеих групп был сопоставим и составлял  $30,6 \pm 6,3$  лет в первой группе;  $28,5 \pm 7,9$  лет – во второй группе. По паритету беременности и родов группы существенно не различались. Средний гестационный срок на момент родоразрешения в первой группе составил  $26,5 \pm 0,6$  недель, во второй группе  $31,4 \pm 1,3$  недели. У каждой пятой женщины первой группы в анамнезе регистрировались ПР (23,1%), во второй группе - ПР в анамнезе не было ( $p < 0,05$ ).

В обеих группах данная беременность чаще наступала самостоятельно (92,7% и 66,6% в первой и второй группах соответственно).

Большая половина женщин из первой группы (53,8%) были первородящими, из них первобеременными – 85,7%; во второй группе зарегистрировано 46,7% первородящих пациенток, из числа которых 57,1% первобеременных. Что соответствует литературным данным, согласно которым в последние годы возрастает процент первородящих и особенно первобеременных с многоплодием, в то время как в прошлые десятилетия большинство многоплодных беременностей наступало у женщин старшего репродуктивного возраста, и, как правило, повторнобеременных [7, с.55].

Течение беременности у пациенток с многоплодием наиболее часто осложнялось угрозой прерывания беременности на ранних сроках с исходом в истмико-цервикальную недостаточность (ИЦН) (у 69,2% в первой группе и 53,3% во второй группе соответственно). Инфекционная природа ИЦН была подтверждена у 88,9% пациенток из первой группы и у 75% – из второй группы. У женщин чаще наблюдались воспалительные заболевания мочеполовой системы (вагинит, кольпит, хроническая внутриматочная инфекция, пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия).

Операцией кесарева сечения родоразрешены 92,3% беременных в первой группе, и 100% - во второй группе.

Показаниями к оперативному родоразрешению были преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты (15,4% и 6,6%), декомпенсированная фето-плацентарная недостаточность (38,5% и 40%), синдром фето-фетальной трансфузии (7,7% и 13,3%), спонтанное начало родовой деятельности в сроке глубоко недоношенной беременности (38,5% и 13,3%;  $p \square 0,05$ ).

Средние масса и длина тела новорожденных соответствовали срокам гестации (в первой группе  $951,7 \pm 232,9$  г при норме 1000г и  $34,5 \pm 4$  см при норме 35 см; во второй группе  $1661,7 \pm 334$  г при норме 1500г и  $40,1 \pm 3,6$  см при норме 40 см) [8, с. 6].

У детей, рожденных в 24-27,6 недели, достоверно чаще регистрировались: респираторный дистресс-синдром (96,2% против 57,7%;  $p \square 0,05$ ), бронхо-легочная дисплазия (26,9% против 6,7%,  $p \square 0,05$ ), внутриутробные инфекции (73,3% против 20%,  $p \square 0,05$ ), анемии (88,5% против 46%;  $p \square 0,05$ ), ретинопатии (76,9% против 30,8%;  $p \square 0,05$ ).

При монохориальной (МХ) беременности более высокая частота встречаемости врожденных пороков развития (ВПР) плода [5, с.55]. В сроке гестации 24-27,6 недель ВПР плода при МХ беременности регистрировались в 57,7% случаев, тогда как при бихориальной (БХ) - в 30,8% ( $p \square 0,05$ ) случаев; в сроке гестации 28-33,6 недель в 26,7% и 13,4% случаях соответственно. ВПР новорожденных были представлены большей частью врожденными пороками сердца (81,1%) в виде дефекта межжелудочковой (36,3%) и межпредсердной перегородки (45,4%), открытого аортального протока (27,3%) и двухстворчатого клапана аорты (9%); также по одному случаю были выявлены ВПР мочевыделительной системы (поликистозная трансформация обеих почек) и опорно-двигательного аппарата (полидактилия правой кисти).

По данным нашего исследования МХ тип плацентации встречается чаще (в первой группе в 69,2%, во второй группе в 86,7%), что сопоставимо с литературными данными [12, с.4].

При микроскопическом исследовании плацент в обеих группах воспалительные изменения различной степени выраженности наблюдались в большем числе случаев и составляли 77,8% и 75% соответственно. Это явилось морфологическим подтверждением наличия воспалительного очага в организме женщины до момента родов как одного из факторов риска преждевременного разрыва плодных оболочек [6, с.81].

В большинстве случаев компенсаторно-приспособительные реакции в плаценте, представленные гиперплазией терминальных ворсин хориона и их капилляров, увеличением синцитио-капиллярных

мембран и синцитиальных узлов, были слабо выражены (61,5% в первой группе против 80% во второй) [3, с. 134-151].

При морфологическом исследовании последов в сроке гестации 24-27,6 недель определялось в 84,6% преждевременное созревание ворсин (в сравнении со второй группой, что составило 20%,  $p < 0,05$ ). Нарушение созревания ворсин – результат недостаточного кровоснабжения микроциркуляторного русла плаценты. Морфометрически это проявилось увеличением ее толщины как по данным ультразвукового исследования во время беременности ( $35,6 \pm 6,2$  мм, при норме для указанного срока гестации 25-27 мм;  $p < 0,05$ ), так и по данным макроскопического исследования последа ( $20,8 \pm 6$  мм, при норме 17-18 мм,  $p < 0,05$ ) [2; с.57-58].

Достоверная разница регистрировалась в частоте встречаемости циркуляторных нарушений (ЦН) в последах между первой и второй группами (76,9% против 40% соответственно,  $p < 0,05$ ). ЦН гистологически характеризуются кровоизлияниями в межворсинчатое пространство, децидуальную оболочку, струму ворсин; тромбами; свежими инфарктами; полнокровием; ангиоматозом ворсин [2, с. 48].

Выраженность ЦН в плаценте напрямую влияет на выявление при беременности синдрома задержки роста плода и нарушения маточно-плацентарного кровотока (в 60% случаев в первой группе и в 83% случаев во второй группе).

Таким образом, в последах женщин с многоплодной беременностью при сверхранных преждевременных родах более часто отмечается увеличение толщины, наличие воспалительных изменений, циркуляторных нарушений и преждевременного созревания ворсин.

При преждевременных родах в поздние сроки беременности (28-33,6 недель) в последах слабее выражены компенсаторно-приспособительные реакции.

Выявленные морфологические особенности свидетельствуют о снижении резервов компенсации в плаценте при сверхранных и ранних сроках гестации, что может быть причиной родоразрешения в сроке глубоко недоношенной беременности и, как следствие, морфологической незрелости новорожденных.

#### Список литературы

1. Айламазян Э.К. Акушерство-Национальное руководство. – ГЭОТАР-Медиа, 2014. –1200 с.
2. Артымук Н.В. Особенности морфологии плаценты и состояние новорождённых у женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек при недоношенной беременности/Журнал «Охрана материнства и детства», выпуск №1 (27), 2016г. – с.48-52.
3. Глуховец, Б. И. Патология последа. Монография / Б. И. Глуховец, Н. Г. Глуховец. — СПб.: ГРААЛЬ, 2002. — 448 с.
4. Калашников С.А., Сичинава Л.Г., Поварова А.А., Коршикова П.Н. Многоплодие: факторы риска прерывания беременности во II триместре/ Вестник РУДН, серия Медицина, 2009, № 6. – с. 385-392.
5. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод: Руководство для врачей. – Медицина, 1999. – 448с.
6. Недосейкина М.С., Мишин А.В., Барановская Е.И. Особенности морфологического строения последов у женщин с преждевременными родами/Журнал «Проблемы здоровья и экологии», выпуск №4 (34), 2012г. – с.79-83.
7. Прохорова В.С., Павлов Н.Г. Перинатальные исходы при многоплодии/ Журнал акушерства и женских болезней, выпуск №3, 2010 г. – с.54-59.
8. Пучков Г.Ф., Доморацкая Т.Л., Чучко В.А. «Особенности исследования трупов новорожденных в судебной медицине». Учебно-методическое пособие - Минск 2001, с.31.
9. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия, v. 2.0. – М.: Издательство журнала Status Praesens, 2017. – 872 с.
10. Савченко Ю.И.//Акуш.гиг. – 1987. - №1. – С. 3-7.
11. Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М., Нейлсон Д. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. — СПб.: Петрополис, 2003. — 455 с.
12. Penava D., Natale R. An association of chorionicity with preterm twin birth // J Obstet Gynaecol Can. — 2004 Jun. — 26 (6). — P. 571—4.

## СЕКЦИЯ №2.

### АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)

#### ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА РАЗВИТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

**Бояринова А.-М.С., Пантелеева Д.В., Чемидронов С.Н., Бахарев Д.В.**

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Метаболический синдром (далее – МС) – один из главных факторов риска заболеваний сердечно – сосудистой системы, которые, в свою очередь, занимают 1–е место в мире по причинам смертности. Актуальность профилактики данного синдрома возникает в связи с пандемическим характером его распространения [4, 5]. Частота встречаемости МС варьирует в широких пределах от 10,6% в Китае до 24% в США. В Российской Федерации частота МС отмечается у 18–22% взросло о населения. По мнению экспертов, ВОЗ распространенность метаболического синдрома в 2 раза превышает распространенность сахарного диабета, и в ближайшие 25 лет ожидается увеличение темпов роста МС на 50%, динамика распространенности МС характерна в том числе и для населения Самарской области [6].

МС, как стадия преддиабета, определяется совокупностью симптомов, обусловленных увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину, которые вызывают нарушения углеводного, липидного обменов. Главными причинами развития МС являются: снижение физической активности, генетическая предрасположенность, высокоуглеводный и высокожировой характер питания, недостаток биологически активных веществ в пище [1, 3].

Целью нашего исследования стало изучение роли питания в профилактике МС в группах людей с гиподинамией и людей с высокой физической активностью (спортсмены). Анализ полученных результатов позволил разработать рекомендации по питанию для конкретных целевых групп.

Для оценки состава тела использовался метод биоэлектрического импеданса (ВИА), посредством анализатора “Tanita BC–601”. Анализ проводился по таким параметрам, как возраст, индекс массы тела (далее – ИМТ), пол, % висцерального жира (далее % ВЖ), размер охвата талии (далее – ОТ) до назначения рекомендаций и по истечении 3–х месяцев. На время проведения исследования был составлен рацион питания целевых групп, с учетом их возраста, пола и уровня физической активности. А также были даны общие для всех групп рекомендации по соблюдению водного баланса (так как вода участвует во многих физиологических процессах, норма её потребления в день должна составлять: в среднем 30 мл на 1 кг веса, спортсменам 50 мл на 1 кг веса. Кроме того, при составлении рациона питания для испытуемых, следовало отдавать предпочтение продуктам с низким и средним гликемическим индексом, обязательное применение нутрицевтиков (витамины и витаминоподобные вещества, минералы, ПНЖК, лекарственные растения) как источника недостающих биологически активных веществ в пище.

В результате проведенного исследования были получены следующие результаты. Риск возникновения МС у людей с гиподинамией и нерациональным питанием был в разы выше, чем у людей, имеющих достаточную физическую активность. При этом риск возникновения МС у людей с высокой физической активностью, соблюдающих принципы рационального питания, применяющих нутрицевтики, как дополнительный источник необходимых биоэлементов был ниже. Так как основным признаком МС является абдоминальное ожирение (У мужчин  $OT > 94$  см, у женщин  $OT > 88$  см), ожирение по данному типу определялось высоким процентом висцерального жира и превышением нормальных значений ИМТ. По истечении 3–х месяцев с момента назначений рекомендаций показатели в 1–й группе (с гиподинамией) приблизились к норме. Показатели во 2–й группе (спортсмены, люди со средней физической активностью) также приблизились к норме. Но, стоит отметить, что не все испытуемые во 2–й группе придерживались наших рекомендаций по соблюдению принципов рационального питания. В связи с чем, зафиксированные на начало исследования данные, либо не изменились, либо изменились незначительно.

**Таблица 1.** Влияние правильного питания на формирование физических параметров группе людей с гиподинамией (период 3 месяца):

Пол	Возраст	Вес	%ВЖ (1–10)	ОТ	ИМТ
Женский	42	77	6	83	26,64
	38	65	4	75	23,88
	34	72	6	73	29,59
	39	60	3	77	22,31
	63	103	15	109	37,83
	62	90	13	101	33,46
	56	73	8	81	26,81
Мужской	47	112	17	118	33,81
	70	75	11	85	25,35
	29	70	6	80	24,22

Пол	Возраст	Вес	% ВЖ (1–10)	ОТ	ИМТ
Женский	42	73	6	79	25,26
	38	62	4	71	22,77
	34	67	5	71	27,53
	39	57	3	73	21,19
	63	97	15	98	35,63
	62	86	12	98	31,98
	56	71	8	80	26,08
Мужской	47	95	15	100	28,68
	70	73	11	83	24,68
	29	68	6	79	23,53

**Таблица 2.** Влияние правильного питания на формирование физических параметров в группе людей со средней физической активностью, спортсменами (период 3 месяца):

Пол	Возраст	Вес	% ВЖ (1–10)	ОТ	ИМТ
Женский	37	59	5	68	21,67
	29	70	6	73	26,67
	36	70	5	70	22,86
	33	58	3	62	20,80
	49	65	5	69	24,46
	25	58	1	63	21,30
	22	63	1	68	22,86
Мужской	38	70	6	80	22,60
	22	78	2	82	22,55
	28	66	2	71	18,87

Пол	Возраст	Вес	% ВЖ (1–10)	ОТ	ИМТ
Женский	37	58	4	62	21,30
	29	67	5	71	25,53
	36	66	5	69	21,55
	33	56	2	60	20,08
	49	63	5	67	23,71
	25	56	1	62	20,57
	22	60	1	65	21,76
Мужской	38	66	5	78	21,31
	22	77	2	81	22,20
	28	68	2	72	19,45

Кроме того, нами оценивался традиционный рацион питания исследуемых относительно норм ежедневного потребления важнейших нутриентов [2].

Таким образом, не только гиподинамия, а даже повышенная физическая активность при нерациональном питании не избавляют человека от попадания в категорию риска по развитию МС. В результате, мы разработали рекомендации по сбалансированному питанию для возрастных категорий целевых групп.

#### Список литературы

1. Горбачев Д.О. Соблюдение принципов рационального питания взрослым населением Самарской области // Аспирантский вестник Поволжья. – 2016. – № 5–6. – С. 214–217.
2. 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. Горбачев Д.О. Лечебно-профилактическое питание как фактор повышения адаптационного потенциала работников нефтегазового комплекса // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. - 2015. - Т. 17. - № 2-2. - С. 422-426.
4. Дружинин П.В., Новиков А.Ф., Алешин С.В. // Кафедра профилактической медицины // ФПК МР РУДН // Синдром «Х» – «Метаболический синдром» /Москва 2005 – С.9 – 29.
5. Колопкова Т.А., Блинова В.В., Скворцов Ю.И., Субботина В.Г. Метаболический синдром – пандемия XXI века // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – № 3 – С. 130 – 133.

6. Сазонова О.В., Исакова О.Н., Горбачев Д.О. и др. Среда обитания и заболеваемость населения города Самары злокачественными новообразованиями // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 7–2. – С. 357–363.

## ПРОПОРЦИИ ЛИЦА КАК ОСНОВА ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Курникова А.А., Старцев А.А., Киселев Н.М., Засыпкина С.В., Савельев В.Е., Моисеева А.А.,  
Константинова М.С., Преснякова О.А., Трусова М.М.

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Введение.** Установление возрастных, половых, расовых и других особенностей физического строения, позволяющее дать количественную характеристику их изменчивости, необходимо для диагностики персонального физического статуса человека, создания тест-систем на выявление факторов риска [3].

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

**Материалы и методы.** У русских студентов (60 юношей и девушек) и иностранных студентов (60 юношей и девушек) из стран Африки и Азии, занимающихся на факультете обучения иностранных студентов ФГБОУ ВО «НижГМА» МЗ России, были измерены показатели фронтальной нормы по фотографиям лиц. Все обследованные добровольно предоставили свои фотографии. С использованием антропометрических точек на каждом лице было измерено 13 параметров [1, 2, 4] с помощью компьютерной программы Anishsoft mySize. Высота лба определялась от верхнелобной точки до верхненосовой точки. Высота лица измерялась от точки начала волосяного покрова до ментона. Оценивалась длина носа как расстояние от верхненосовой точки до точки кончика носа, и ширина рта – между двумя наиболее удаленными точками правого и левого углов рта. Кроме того, была измерена ширина основания носа (между наиболее удаленными точками правого и левого крыльев носа). Оценивались ментонно-носовое расстояние (от самой нижней точки носа до ментона), расстояние между медиальными углами правого и левого глаз, продольное расстояние глазной щели (от точки медиального угла глаза до точки латерального угла глаза), расстояние от ментона до нижнегубной точки, глабелло-ментонное расстояние и расстояние между латеральными концами бровей. Кроме того, измерялся межзрачковый диаметр (расстояние между центрами зрачков глаз) и скуловой диаметр (расстояние между крайними точками скуловых дуг). В связи с тем, что размеры лица определяются, в том числе и размером головы, параметры лиц определены в условных единицах. Рассчитаны пропорции параметров. Проведено сравнение с пропорциями Леонардо да Винчи.

Определялась нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Данные обрабатывали в программах Microsoft Excel 7.0<sup>1</sup> и Statistica 5.5<sup>2</sup>. Показатели представлены в виде квартилей, Me; LQ; UQ, где Me – медиана, LQ – нижний 25% квартиль, UQ – верхний 75% квартиль. Для сравнения выборок использовались непараметрические критерии (критерий знаков, критерий Вилкоксона). Для определения силы связей между признаками вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты.** Определены следующие соматометрические показатели (таблица 1). Из измеренных параметров лица только продольное расстояние глазной щели у студентов ФОИС соответствовало нормальному распределению. Все параметры лица коррелировали друг с другом как у русских, так и у иностранных студентов НижГМА ( $p < 0,001$ ). Достоверно отличались по непараметрическим критериям у

<sup>1</sup> Microsoft Excel 97, © Microsoft Corporation, 1987-1997, Product ID 33697-OEM-0028056-59636. Лицензировано для Нижегородской государственной медицинской академии.

<sup>2</sup> Statistica for Windows 5.5, регистрационный номер AXX-R202B466014FA. Лицензировано для кафедры прикладной статистики факультета управления предпринимательства Нижегородского государственного университета им. Н.А.Лобачевского.

русских студентов и студентов ФОИС длина носа ( $p=0,00489$ ), ширина носа ( $p=0,00007$ ), расстояние от ментона до нижней губы ( $p=0,03032$ ), ширина рта ( $p=0,00407$ ).

Таблица 1

Параметры лица у русских студентов и студентов ФОИС, усл. ед.

Пропорции лица	Русские студенты			Студенты ФОИС		
	Медиана	LQ	UQ	Медиана	LQ	UQ
Высота лба	3,18	2,70	3,59	3,23	2,99	3,79
Длина носа	2,91 **	2,46	3,28	3,06	2,59	3,51
Расстояние от кончика носа до ментона	3,33	2,86	3,74	3,27	2,82	3,68
Высота лица	9,53	8,11	10,43	9,46	8,44	10,95
Ширина носа	1,96**	1,62	2,13	2,30	1,93	2,62
Расстояние между медиальными углами глаз	1,77	1,58	2,01	1,82	1,58	2,20
Продольное расстояние глазной щели	1,48	1,30	1,66	1,58	1,40	1,74
Расстояние от ментона до нижней губы	1,67*	1,39	1,92	1,48	1,21	1,73
Ширина рта	2,54**	2,22	2,90	2,85	2,46	3,37
Расстояние от бровей до ментона	6,32	5,44	7,01	6,13	5,51	7,20
Межзрачковый диаметр	3,20	2,77	3,69	3,36	3,04	3,69
Расстояние между латеральными концами бровей	5,95	5,16	6,85	5,75	5,19	6,55
Межскуловой диаметр	6,83	5,96	7,73	6,66	6,00	7,59

Все пропорции параметров лиц как у русских, так и у иностранных студентов НижГМА не соответствовали нормальному распределению.

В идеальном лице расстояние от ментона до нижней губы должно быть в 2 раза меньше расстояния от кончика носа до ментона. Лица как русских студентов (49,8%; 47,0%; 53,4%), так и студентов ФОИС (43,0%) достаточно близки к идеальным, хотя у вторых дистанция достоверно меньше, чем у первых ( $p=0,00081$ ).

Ширина носа должна быть равна расстоянию между медиальными углами глаз. Лица русских студентов (106,8%; 100,0%; 112,1%) более близки к идеальным, чем у студентов ФОИС (119,1%; 113,1%; 133,8%), разница между двумя группами студентов достоверна ( $p<0,00001$ ).

В идеальном лице ширина носа равна продольному расстоянию глазной щели. Лица как русских студентов (127,4%; 121,8%; 136,6%), так и студентов ФОИС (146,6%; 128,2%; 155,8%) далеки от идеальных, хотя у второй группы ширина носа достоверно больше, чем у первой ( $p=0,00002$ ).

Расстояние между медиальными углами глаз должно быть равно продольному расстоянию глазной щели. Лица как русских студентов (122,5%; 113,5%; 126,7%), так и студентов ФОИС (120,2%; 108,2%; 129,8%) достаточно далеки от идеальных пропорций.

В идеальном лице высота лба равна длине носа. Лица русских студентов (107,7%; 99,4%; 114,3%) ближе к идеальным соотношениям, чем лица студентов ФОИС (106,2%; 96,4%; 119,1%).

Высота лба должна быть равна расстоянию от кончика носа до ментона. Лица русских студентов (93,5%; 84,4%; 103,4%) дальше от идеальных, чем у студентов ФОИС (100,0%; 89,9%; 115,6%), разница между двумя группами студентов достоверна,  $p=0,02286$ .

В идеальном лице длина носа равна расстоянию от кончика носа до ментона. Лица русских студентов (85,6%; 77,4%; 94,9%) дальше от идеальных пропорций, чем у студентов ФОИС (80,8%; 95,9%; 105,4%), разница между двумя группами студентов достоверна,  $p=0,03394$ .

Высота лба должна быть равна трети высоты лица. Лица как русских студентов (33,3%; 31,6%; 34,9%), так и студентов ФОИС (34,1%; 31,3%; 36,9%) достаточно близки к идеальным лицам.

Длина носа должна быть равна трети высоты лица. Лица как русских студентов (30,8%; 29,7%; 32,2%), так и студентов ФОИС (31,6%; 29,5%; 34,1%) достаточно близки к идеальным соотношениям.

В идеальном лице расстояние от кончика носа до ментона равно одной трети высоты лица. Лица русских студентов (35,6%; 33,6%; 38,4%) дальше от идеальных, чем у студентов ФОИС (33,9%; 31,6%; 36,3%), разница между двумя группами студентов достоверна,  $p=0,02542$ .

Пропорция «золотого сечения» Леонардо да Винчи (1,618 : 1) должна соблюдаться для следующих соотношений: ширина рта / ширина носа, расстояние между латеральными концами бровей / межзрачковый диаметр, высота лица / межскуловой диаметр. По всем трем пропорциям лица далеки от идеальных. У

русских студентов ширина рта превышала ширину носа в 1,344 раза (1,290; 1,431), у студентов ФОИС – в 1,296 раза (1,223; 1,364), разница между двумя группами студентов достоверна,  $p=0,00307$ .

У иностранных студентов межзрачковый диаметр был в 1,766 раза (1,681; 1,822) меньше расстояния между концами бровей. Пропорции лиц русских студентов (1,866; 1,799; 1,914) достоверно дальше ( $p<0,00001$ ) от идеальных.

У русских студентов высота лица была больше межскулового диаметра в 1,351 (1,325; 1,413), у студентов ФОИС – в 1,408 раза (1,311; 1,445).

**Выводы.** Определены средние значения параметров лица. Проведено сравнение лиц разных национальностей. Определены пропорции лица. Выявлено отличие от пропорций «золотого сечения». Полученные результаты могут быть полезными в пластической, челюстно-лицевой и реконструктивной хирургии, а также могут быть использованы для формирования федеральной базы данных и апробации межрегионального скрининга физического развития.

#### Список литературы

1. Головач В. Комплексная оценка лица при планировании результатов ринопластики / В. Головач // Эстетическая медицина. - 2006. - Т.5, №4. - С. 513-519.
2. Козырев С. Использование фотографии как метода оценки в эстетической медицине. Практические советы/ С. Козырев// Эстетическая медицина. - 2006. - Т. 5, № 2. - С. 245-250.
3. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: Сборник материалов VI/ А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Н.А. Скоблина и др. – Москва : ПедиатрЪ, 2013.
4. Халилова Н.Г. Количественные параметры фронтальной нормы лица девушек нигериек // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Вип.2, т.1(92). – С. 155-157.

### СЕКЦИЯ №3.

#### АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)

### СЕКЦИЯ №4.

#### БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)

##### РОЛЬ МАКРОЛИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

**Винникова Н.В., Дударев И.В.**

МБУЗ Городская больница №1 им. Н. А. Семашко, Г. Ростов-на-Дону

Актуальность исследования: До недавнего времени в лечении хронического полипозного риносинусита (ХПРС) было общепринятым только хирургическое удаление полипов. В настоящее время ХПРС считается не хирургическим заболеванием, а болезнью, требующей медикаментозного лечения. Выбор медикаментозной терапии определяется патогенетическими механизмами формирования полипов. Согласно последним позиционным Европейским документам по риносинуситам и полипам носа ЕААСI – EPOS (2007, 2012), полипы носа являются проявлением «особой формы хронического риносинусита», обусловленной бактериальной или грибковой инфекцией с формированием хронического эозинофильного воспаления. По EPOS 2007, 2012 одной из важных задач в проблеме ХПРС является изучение микробного фактора в развитии этого заболевания и выработка адекватной медикаментозной терапии. В частности, рекомендовано дальнейшее изучение эффективности применения макролидов. В литературе имеется достаточное количество работ о методике долгосрочной терапии больных ХПРС макролидами с 14-членным лактонным кольцом (эритромицин, кларитромицин, рокситромицин) (А.С. Лопатин и соавт., 2007; М.А. Мокроносова и соавт., 2011; Kawachi H., 2006; Peric A., 2010). Выбор этой групп антибиотиков определяется прежде всего тем, что макролиды оказывают антибактериальное действие на преобладающий спектр респираторных инфекций и внутриклеточных бактерий, вместе с тем, макролиды обладают противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами за счет способности ингибировать выработку провоспалительных цитокинов, а также

молекул межклеточной адгезии и пролиферацию фибробластов. Макролиды улучшают мукоцилиарный транспорт, нормализуют секрецию желез, препятствуют образованию бактериальных биопленок на слизистых.

Научная гипотеза: полученные результаты позволят выявить определенное важное звено в патогенезе хронического полипозного риносинусита и определят необходимость проведения адекватного рационального медикаментозного лечения для ограничения роста полипов и рецидивирования их после операции.

Цель исследования: изучение эффективности использования макролидов с 15-членным лактонным кольцом (азитромицин) и с 16-членным лактонным кольцом (джозамицин) в лечении больных ХПРС в стадии обострения. Обоснованием этому является известные фармакологические особенности этих препаратов. Азитромицин является наиболее активным из макролидов в отношении *H. Influenzae*, джозамицин – в отношении *Str. Pneumoniae*. При этом эти препараты не обладают мотилиноподобной прокинетической активностью.

Материалы и методы: Были сформированы две группы пациентов по 10 человек, примерно одинакового возраста (от 40 до 60 лет) и степени выраженности полипозного процесса. Все больные получали традиционное лечение топическими назальными кортикостероидами, внутрь антигистаминные препараты II поколения. В 1-ой группе к традиционной терапии пациентам был добавлен курс азитромицина по 0,5 в течение 3-х дней и затем по 0,25 в течение 6 дней. Во 2-ой группе антибактериальная терапия была представлена 10-ти дневным приемом 2-хкратно в сутки по 1000мг джозамицина. Подбор пациентов в группы формировали с учетом бактериологического исследования отделяемого из носа и ИФА крови на респираторные хламидии. Так, во 2-ую группу вошли больные с превалированием пневмококковой инфекции и положительными результатами на хламидии. Эффективность лечения оценивали по клиническим проявлениям, по данным эндоскопического исследования, степени колонизации бактерий слизистой оболочки носа до и после лечения, данных гистоморфологического исследования, а также по показателям степени выраженности иммунного воспаления: количество эозинофилов в периферической крови; количество общего иммуноглобулина E(IgE) в периферической крови; содержание секреторного иммуноглобулина A(SIgA) в слизи носа.

Результаты: Все пациенты хорошо перенесли лечение. Пациенты первой группы отмечали облегчение клинических проявлений (уменьшение головной боли, облегчение носового дыхания и выделений из носа на 3-4 день терапии). Эндоскопически определялось уменьшение отека слизистой оболочки носа и наметилась тенденция к уменьшению размеров полипов носа. Пациенты второй группы отмечали ослабление клинических проявлений и уменьшение отека слизистой носа в более поздние сроки – к 8-10 дню. Обследование пациентов на сывороточные специфические IgE выявило наличие их к бактериальным антигенам в высоком содержании – у 11 обследуемых, у 15 пациентов - специфические сывороточные IgE к грибковым антигенам. У 16-ти пациентов были выявлены одновременно повышенное содержание специфических IgE к грибковым и бактериальным антигенам. При гистоморфологическом обследовании биоптатов полипной ткани до лечения у всех больных были выявлены признаки персистирующего иммунного воспаления с проявлением клеточной инфильтрации стромы слизистой оболочки, представленным большим количеством эозинофилов, лимфоцитов, плазматических и тучных клеток, выраженного железистого компонента с большим количеством слизи в просвете желез, ослизнением стромы, отеком стромы, сосудистыми изменениями в виде ангиоматоза, эктазии сосудов. После лечения у всех пациентов первой и второй групп наметилась небольшая тенденция к уменьшению воспаления, в большей степени это проявилось у пациентов первой группы. Согласно полученным данным у большинства больных обеих групп наблюдается нормализация количества эозинофилов периферической крови; повышение уровня SIgA в слизи носа во время обострения также имеет тенденцию к нормализации в результате лечения. Уровень общего IgE в крови еще остается повышенным, причем более выражено у пациентов 2-ой группы, возможно, это связано с особенностями бактериальной флоры.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о возможности использовать препараты макролидов с 15-членным и 16-членным лактонным кольцом в лечении больных хроническим полипозным риносинуситом во время обострения.

### Список литературы

1. Трофименко С.Л. Патогенез и клиника полипозного риносинусита// Вестн. оторинолар.-2010.-№4.-С.94-97.
2. Riechelmah H. Origin of inflammation in chronic rhinosinusitis and nasal polyposis: microbiae, fungal or both// H.Riechelmah//Российская ринология.- 2006.- №2.- с. 36.
3. Vinitzkaya I. The role of atypical (intracellular) pathogens in chronic polyposis rhinosinusitis (CPRS); pre- and postoperative therapy of functional endoscopic sinus surgery (FESS)/ I. Vinitzkaya , M.Vinitzkiy// Abstracts book 29th Intern. Symposium of Infection and allergy of the Nose.-2010.- p.45-46.
4. Chin CW., The microbiology and the efficacy of antibiotic-based medical treatment of chronic rhinosinusitis in Singapore. / Chin CW, Yeak CL, Wang DY// Rhinology. 2010 Dec; 48(4): 433-7.

## **СЕКЦИЯ №5.**

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

## **СЕКЦИЯ №6.**

### **ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)**

#### **ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА**

**Приходько М.Н., Андреев К.В., Филатов М.А., Багаутдинов А.Ф., Симонова Ж.Г.**

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», г. Киров, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения. Так, на современном этапе распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) в России составила среди всего населения 5237,4 человек на 100 000 населения (Росстат, 2015). Продолжает сохранять актуальность проблема роста количества больных ИБС с сочетанием гастродуоденальной патологии (ГДП), в т. ч. хроническим гастритом. Подобная комбинация зачастую сопровождается запоздалой диагностикой заболеваний в связи с их атипичным течением, увеличением числа осложнений, такими как инфаркт миокарда и желудочное кровотечение [5]. Хронический гастрит является одним из самых распространенных заболеваний. Некоторые авторы рассматривают это заболевание как сопутствующее старению. Так, в возрасте старше 60 лет это заболевание обнаруживается у более 90% населения [6]. У больных ИБС в 60% случаев выявляется сочетание с ГДП [7].

Многоплановое изучение клинико-функциональных и патогенетических аспектов сочетания ИБС и гастродуоденальной патологии имеет огромный интерес для практического здравоохранения.

**Целью исследования** явилось изучение особенностей ремоделирования миокарда левого желудочка у больных стабильной стенокардией при сочетании с хроническим гастритом.

**Методы исследования.** В исследование последовательно были включены 58 пациентов стабильной стенокардией, проходивших плановое стационарное лечение в отделении кардиологии КОГБУЗ «Кировская ОКБ». Диагноз ИБС был выставлен в соответствии с алгоритмом диагностического поиска (руководство ESC, 2013), с учетом клинической картины, на основании оценки неинвазивных тестов (ВЭМ), и, при наличии показаний для верификации и определения дальнейшей тактики лечения, коронароангиографии (КАГ). С диагностической целью всем больным выполнялась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Критерии включения: 1) установленный диагноз стабильной стенокардии I – III ФК, ХСН I, II А; 2) возраст от 35 до 70 лет; 3) согласие пациента на участие в исследовании. В исследование не включались пациенты с сердечной недостаточностью  $\geq$  IIБ ст., почечной и печеночной недостаточностью, сахарным диабетом, с нестабильной стенокардией, стенокардией IV ФК, ИМ давностью менее 1 года. Всем пациентам проводилось исследование клинического и биохимического анализа крови, ВЭМ, КАГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, суточное мониторирование АД, ЭХО-кардиоскопия (ЭХОКС) на аппарате ACUSON 128XP-10C. Оценка типа ремоделирования ЛЖ проводилась по классификации A. Ganau (1992). Полученный фактический материал был обработан методом вариационной статистики с вычислением средних величин (M), среднего квадратического отклонения ( $\sigma$ ), ошибки средней (m). Сравнение качественных переменных проводили с использованием критерия  $\chi^2$ . За статистически значимый принимался уровень достоверности при  $p < 0,05$ . Статистическая обработка выполнялись с помощью статистических программ Primer of biostatistics 4.03.

**Результаты исследования.** После скринингового обследования и первичного сбора анамнеза и жалоб, больные стабильной стенокардией (n=58) были разделены на две группы. В I группу были включены 38 больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического гастрита (ХГ), II группу (контрольную) составили 20 больных без сопутствующей гастродуоденальной патологии (ГДП). Исследуемые группы оказались сопоставимы по возрасту и полу. Среди пациентов II группы установлен значимо меньший по

сравнению с больными I группы ИМТ ( $26,1 \pm 2,1$  против  $30,2 \pm 5,3$  кг/м<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ). К тому же, в I группе выявлено наибольшее число больных с ожирением в сравнении со II группой (47,4 против 25%,  $p < 0,05$ ). При анализе маркеров воспалительной реакции нами установлено, что среди больных II группы имел место более низкий уровень СРБ в сравнении с I группой ( $1,9 \pm 1,4$  против  $7,2 \pm 3,7$  мг/л,  $p < 0,05$ ). Анализ результатов ЭХОКС показал, что нормальная геометрия ЛЖ чаще имела место у больных стенокардией напряжения без сочетания с ХГ в сравнении с больными I группы (50% против 23,7%,  $p < 0,05$ ). Число больных с концентрическим ремоделированием превалировало в I группе по сравнению со II группой (31,6 против 25%,  $p < 0,05$ ). Частота концентрической гипертрофии ЛЖ значимо более выражена в I группе больных в сравнении со II группой (21,0% против 15%,  $p < 0,05$ ). Также среди больных I группы выявлено наиболее неблагоприятное изменение ЛЖ в виде эксцентрической гипертрофии по сравнению со II группой (23,7% против 10%,  $p < 0,05$ ).

**Обсуждение.** Таким образом, нами выявлено, что среди больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического гастрита выявлено большее число больных с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ. Согласно имеющимся в литературе данным, типы нормальной геометрии и типы ремоделирования с гипертрофией ЛЖ и без таковой наблюдаются у всех больных независимо от коронароангиографического статуса, но при поражении коронарных артерий более тяжелой степени преобладает эксцентрический тип гипертрофии миокарда ЛЖ [3]. Также имеются сведения, что у больных стабильной стенокардией при сочетании с ГДП, независимо от варианта ГДП, более выражена степень сердечно-сосудистого риска по результатам коронароангиографии, что неблагоприятно сказывается на прогнозе и, соответственно, качестве жизни больных [4]. А.Н. Закирова и соавт. указывают, что тяжелое течение ИБС с тяжелой стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом характеризуется дезадаптивной формой ремоделирования с формированием эксцентрической гипертрофии ЛЖ. У пациентов с острым ИМ выраженность процессов ремоделирования ЛЖ взаимосвязана с глубиной и обширностью поражения миокарда, наиболее существенные гемодинамические сдвиги установлены при ИМпСТ [1 – 2].

**Выводы.** Больные стабильной стенокардией с сочетанием хронического гастрита, имеют худшие структурно-геометрические параметры левого желудочка, менее благоприятное ремоделирование миокарда левого желудочка по сравнению с больными стенокардией напряжения без сопутствующей гастродуоденальной патологии.

### Список литературы

1. Закирова А.Н., Оганов Р.Г., Закирова Н.Э., Клочкова Г.Р., Мусина Ф.С. Ремоделирование миокарда при ишемической болезни сердца/А.Н. Закирова, Р.Г. Оганов, Н.Э. Закирова, Г.Р. Клочкова, Ф.С. Мусина//Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2009. – №1. С. 42 – 45.
2. Закирова Н.Э., Казиева З.А., Закирова А.Н. Особенности ремоделирования левого желудочка у больных острым инфарктом миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST/Н.Э. Закирова, З.А. Казиева, А.Н. Закирова// Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2016. – №12. С. 154 – 159.
3. Калев О.Ф., Шалыгина Е.Н. Типы ремоделирования миокарда у больных ишемической болезнью сердца с различным коронароангиографическим статусом/О.Ф. Калев, Е.Н. Шалыгина//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. – №4. С. 143 – 144.
4. Приходько М.Н., Андреев К.В., Симонова Ж.Г. Оценка клинико-функциональных параметров у больных стабильной стенокардией с сопутствующей гастродуоденальной патологией /М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова//Вятский медицинский журнал. – 2016. – №2. С. 23 – 26.
5. Симонова Ж.Г., Мартусевич А.К., Тарловская Е.И. Коморбидные состояния: ИБС и язвенная болезнь, ассоциированная с HELICOBACTER PYLORI / Ж.Г. Симонова, А.К. Мартусевич, Е.И. Тарловская // Медицина и образование Сибири. – 2013. – № 4. – С. 53 –62.
6. Симонова Ж.Г., Мартусевич А.К., Тарловская Е.И. Функциональное состояние эндотелия у пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца и язвенной болезни гастродуоденальной зоны /Ж.Г. Симонова, А.К. Мартусевич, Е.И. Тарловская// Медицинский Альманах. 2013. №4. С. 115 – 118.
7. Смирнова Л.Е. К проблеме коморбидности язвенно-эрозивных поражений гастродуоденальной зоны и артериальной гипертонии // Клиническая медицина. 2003. № 3. С. 9 – 15.

## СЕКЦИЯ №7.

### ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)

## СЕКЦИЯ №8.

### ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)

## СЕКЦИЯ №9.

### ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)

## СЕКЦИЯ №10.

### ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)

#### ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Горбачев Д.О., Сазонова О.В., Бородина Л.М.

Самарский государственный медицинский университет,  
г. Самара

На сегодняшний день имеется неоспоримое доказательство влияния фактора питания на заболеваемость населения, как элемента образа жизни, определяющего на 55 % состояние здоровья индивидуума [1]. Особое внимание следует уделить питанию сотрудников, работающих во вредных условиях труда. На сегодняшний день 581 491 сотрудник предприятий Самарской области имеют профессиональный контакт с вредными производственными факторами. К производству с наибольшим числом вредных производственных факторов можно отнести нефтеперерабатывающую промышленность, где работники имеют профессиональный контакт с целым комплексом вредных химических соединений (углеводороды, фенол, бензол, тяжелые металлы), а также подвергаются воздействию ряда факторов физической природы (шум, вибрация, электромагнитное излучение, недостаточная освещенность, параметры микроклимата) и неблагоприятных факторов трудового процесса. По данным ряда исследований, именно соблюдение принципов и норм рационального питания определяет формирование системы защиты от вредных факторов на уровне организма. Оценка фактического питания всегда проводится в совокупности с оценкой пищевого статуса, позволяющего оценить рациональность питания конкретного человека [2].

Целью нашего исследования была оценка пищевого статуса работников нефтеперерабатывающих предприятий Самарской области, относящихся к НК «Роснефть». В исследовании приняли участие 77 сотрудников ООО ИК «Сибинтек», мужчин – 34 человека, женщин – 43 человека. Средний возраст обследованных составил  $43 \pm 0,42$  года. Пищевой статус определялся по антропометрическим данным (рост, вес, окружность талии, окружность бедер), измерялся уровень артериального давления, проводилась биоимпедансная оценка состава тела анализатором «ABC-01 Медасс (индекс массы тела (ИМТ), основной обмен (ОО), активная клеточная масса (АКМ), скелетно-мышечная масса (СММ), жировая масса (ЖМ), тощая масса (ТМ), общая жидкость (ОЖ)). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью компьютерной программы SPSS Statistics для Windows (версия 20.0). В результате исследования были получены следующие результаты.

В группе женщин преобладали лица с избыточной массой тела, при этом уровень физической активности у них был низкий - 1,4 (табл. 1).

**Таблица 1. Показатели пищевого статуса у женщин**

ИМТ	Число наблюдений	Талия, см	Бедра, см	Жировая масса, кг	Активная клеточная масса, кг	Скелетно-мышечная масса, кг	Общая жидкость, кг
< 18,5	6	58±3	85±4	7,3±0,9	23±4	25±3	23±5
18,5-24,99	9	87±4	98±5	16±4*	27±3	26±4	24±3

25-29,9	24	97±6	109±9	26±3*	28±4	24±5	34±4
>30	4	109±11	118±12	34±5*	25±4	23±4	32±3

\*достоверность различия  $p < 0,05$

Уровень систолического и диастолического артериального давления достоверно был выше в группе лиц с избыточной массой тела и ожирением (134±11) и (89±4) соответственно.

В группе мужчин по сравнению с группой женщин число лиц с избыточной массой тела и ожирением было меньшим (табл. 2).

**Таблица 2. Показатели пищевого статуса у мужчин**

ИМТ	Число наблюдений	Талия, см	Бедра, см	Жировая масса, кг	Активная клеточная масса, кг	Скелетно-мышечная масса, кг	Общая жидкость, кг
< 18,5	3	78±4	95±6	8,4±0,7	32±3	28±4	27±4
18,5-24,99*	18	85±3	95±4	18±3*	36±5	32±4	28±5
25-29,9*	10	103±8	107±12	25±4*	32±3	28±4	27±5
>30	3	112±14	112±13	33±4	29±5	27±4	26±4

\*достоверность различия  $p < 0,05$

Во-многом, данное обстоятельство объясняется более высокой степенью физической активности (1,6) в группе мужчин. Уровень систолического и диастолического артериального давления был также достоверно был выше в группе лиц с избыточной массой тела и ожирением (137±12) и (92±7) соответственно. Таким образом, анализ пищевого статуса позволил выявить группу риска среди работников, по возможному развитию алиментарно-зависимых заболеваний. Для уточнения тактики профилактических мероприятия необходимо проведение углубленной оценки фактического питания сотрудников, а также повышение уровня физической активности в группе лиц с избыточной массой тела и ожирением.

### Список литературы

1. Тутельян В.А., Онищенко Г.Г. Государственная политика здорового питания населения: задачи и пути реализации на региональном уровне: Руководство для врачей. – М., 2009. – 288 с.
2. Могильный М.П., Тутельян В.А. Особенности питания работающего населения // Вопросы питания. – 2014. – , № 3. – С.29.

## ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ЕВПАТОРИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

**Неуймина Г.И., Лахно В.А.**

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь

**Аннотация.** За последние 10 лет число здоровых выпускников школ уменьшилось с 28,3 до 6,3%; число подростков, имеющих хронические заболевания, увеличилось с 40 до 75%. О здоровье ребенка говорит не только отсутствие каких-либо заболеваний, но и его гармоничное нервно-психическое развитие, высокая умственная и физическая работоспособность.

**Ключевые слова:** здоровье, дети, физическое развитие.

Одной из наиболее важных характеристик здоровья ребенка является его физическое развитие, на которое воздействуют загрязнения окружающей среды (20-25%), социально-экономические (50-55%), генетические (15-20%) и медицинские факторы (8-10%) [2].

В связи с неудовлетворительным состоянием здоровья молодежи, в настоящее время, исследование факторов риска в физическом развитии школьников и студентов является актуальной проблемой [1,2,3].

Степень воздействия факторов риска может изменяться, в зависимости от территориальных, половозрастных, социально-экономических и других характеристик. В школьном возрасте значительную роль играют как эндогенные (наследственные характеристики), так и экзогенные (воздействие окружающей среды) факторы риска: наследственность, образ жизни семьи, в которой растет ребенок, но особая роль принадлежит экзогенным факторам риска- особенности питания, двигательная активность, вредные привычки и т.д.[4,5].

В настоящее время имеются достоверные различия в образе жизни и степени социально-экономического обеспечения населения, а также в загрязнении окружающей среды городов и сельских районов Крыма.

**Цель исследования-** исследование влияния загрязнения окружающей среды на интегральный показатель - уровень физического развития школьников города Евпатории, проживающих в городе и сельской местности, но обучающихся в городских школах.

**Задачи исследования:**

- исследование состояния уровня физического развития школьников города Евпатории по возрасту и полу, проживающих в городской и сельской местностях;
- изучение влияния уровня загрязнения окружающей среды на физическое развитие и умственную деятельность школьников;
- разработка современных стандартов физического развития школьников всех возрастных категорий.

**Материалы и методы:**

Евпатория - детская здравница, расположена на юго-западе Крымского полуострова, по климатическим условиям Евпатория (климат сухой и мягкий) близка к северной Испании и южной Франции.

Евпатория – приморский бальнеогрязевой и климатический курорт, с обилием солнечного света и условиями для физического развития детей и подростков.

Основным источником загрязнения окружающей среды является автотранспорт, промышленные предприятия не функционируют.

Нами в 2014-2015г. изучались антропометрические показатели физического развития школьников (мальчиков и девочек) в возрасте от 8 до 14 лет 1-й группы здоровья, проживающих в г. Евпатория и сельском районе (Сакском), но обучающихся в городских школах г. Евпатория.

По общепринятой методике определялись антропометрические данные (рост и масса тела) школьников города Евпатория и прилегающих к городу сел. Результаты статистически обрабатывались и сравнивались между собой. Применялись методы: сравнения средних величин, распределения относительных чисел, сравнения средних квадратических отклонений, корреляционный.

**Результаты и обсуждение.**

Среди обследованных количество детей, проживающих в городской местности составило 65,7%, в сельской - 34,3%, в том числе мальчики, проживающие в городе составляют- 64,39%, в сельской местности - 35,61 %; девочки - 66,86% и 33,14 % соответственно:

Таблица 1

Число обследованных школьников г. Евпатория в 2015 году

Число детей проживающих в:	мальчики		девочки		всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
городе	604	64,39	708	66,86	1312	65,7
сельской местности	334	35,61	351	33,14	685	34,3
Всего:	938	46,97	1059	53,03	1997	

Как видим из таблицы 1 среди обследованных школьников мальчики составляют 46,97%, девочки- 53,03%. Распределение обследуемых школьников по группам здоровья представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение школьников г. Евпатория по группам здоровья (2014- 2015 гг.)

Группы здоровья	мальчики					девочки				
	всего	город	%	село	%	всего	город	%	село	%
1	690	434	62,9	256	37,1	695	520	74,82	175	25,18
11 - 111	248	170	68,55	78	31,45	364	188	51,65	176	48,35

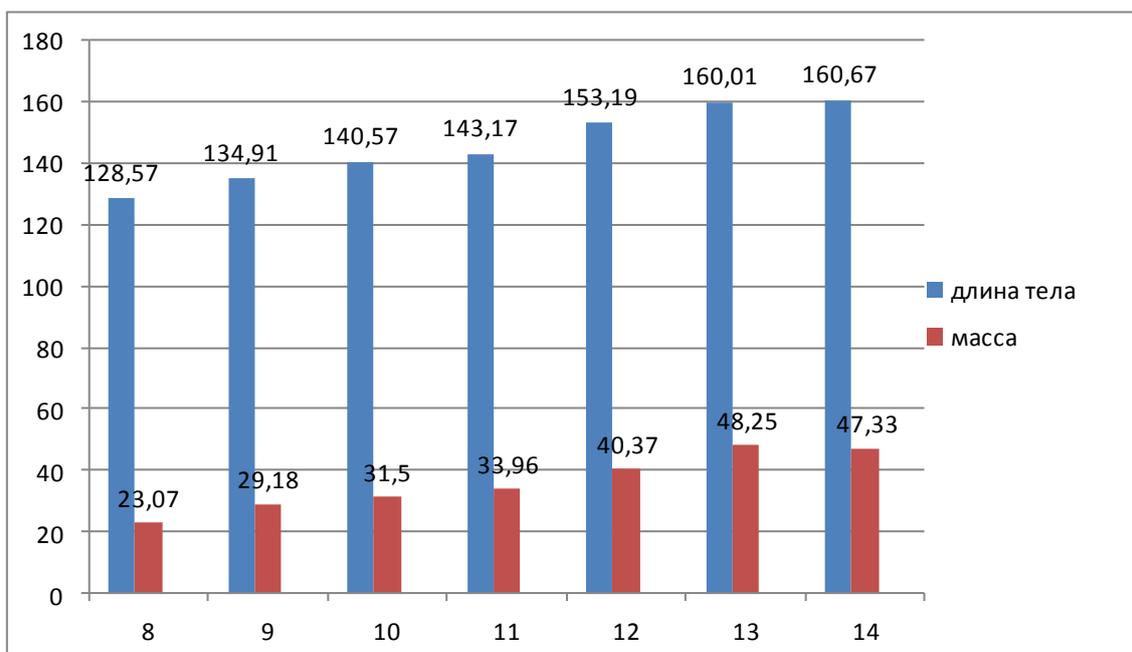
Для дальнейших исследований применялись показатели состояния здоровья детей 1 группы, т.е. здоровых детей. Из таблицы 2 видно, что 62,9% мальчиков и 74,82% девочек 1 группы здоровья проживают

в городе. Наибольший удельный вес больных детей (11-111 группа здоровья) также проживает в городе - 68,55% мальчиков и 51,65% девочек. Среди сельских школьников число девочек с хроническими заболеваниями выше, чем среди мальчиков 48,35%, возможно это связано с большим числом обследованных девочек, меньшей двигательной активностью девочек и их физическими нагрузками (большее число мальчиков занимается в спортивных секциях).

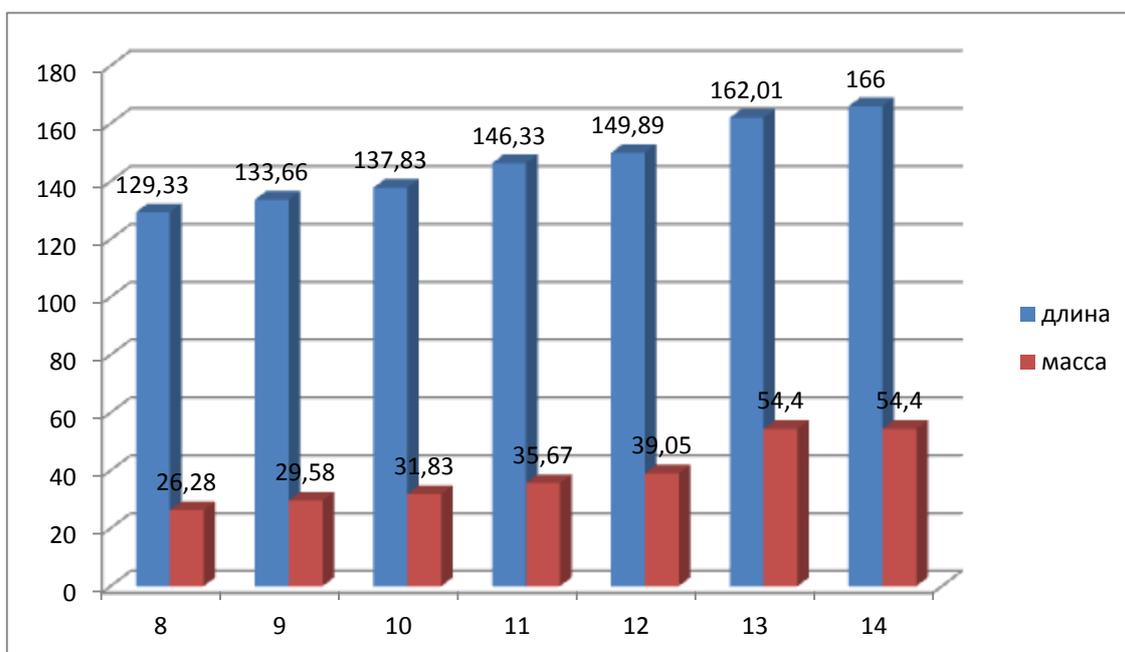
Длина тела девочек в возрасте 8 лет, проживающих в городе составила  $128,57 \pm 1,07$ , в сельской местности-  $126,41 \pm 1,17$ ; в возрасте 14 лет - в городе-  $160,67 \pm 2,59$ , в сельской местности-  $158,35 \pm 1,05$ .

Масса тела девочек в возрасте 8 лет, проживающих в городе составила  $23,07 \pm 0,77$ , в сельской местности-  $24,69 \pm 0,68$ ; в возрасте 14 лет - в городе-  $47,33 \pm 5,25$ , в сельской местности-  $48,45 \pm 3,21$ .

Показатели длины и массы тела городских и сельских девочек всех возрастных групп ежегодно достоверно увеличивался: среди городских школьниц (рис.1)



**Рисунок 1 Показатели физического развития городских школьниц г. Евпатория и среди сельских (рис 2)**



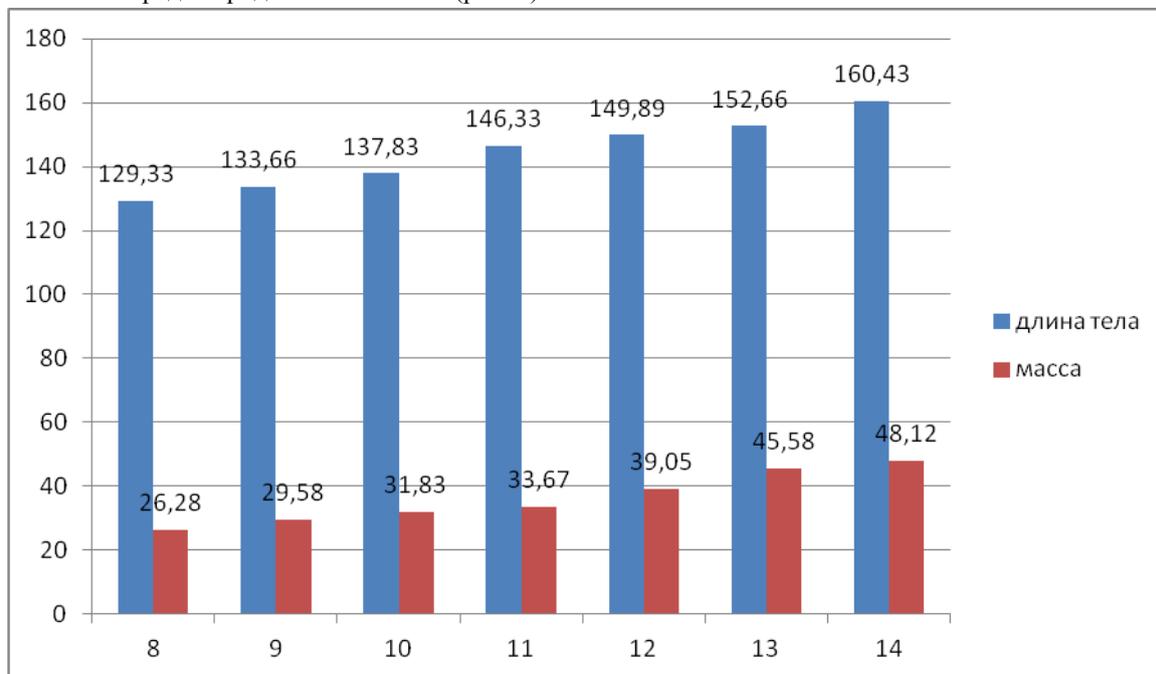
**Рисунок 2. Показатели физического развития сельских школьниц**

Кривая прироста массы тела у девочек всех возрастных групп также ежегодно достоверно увеличивалась (рис.1,2).

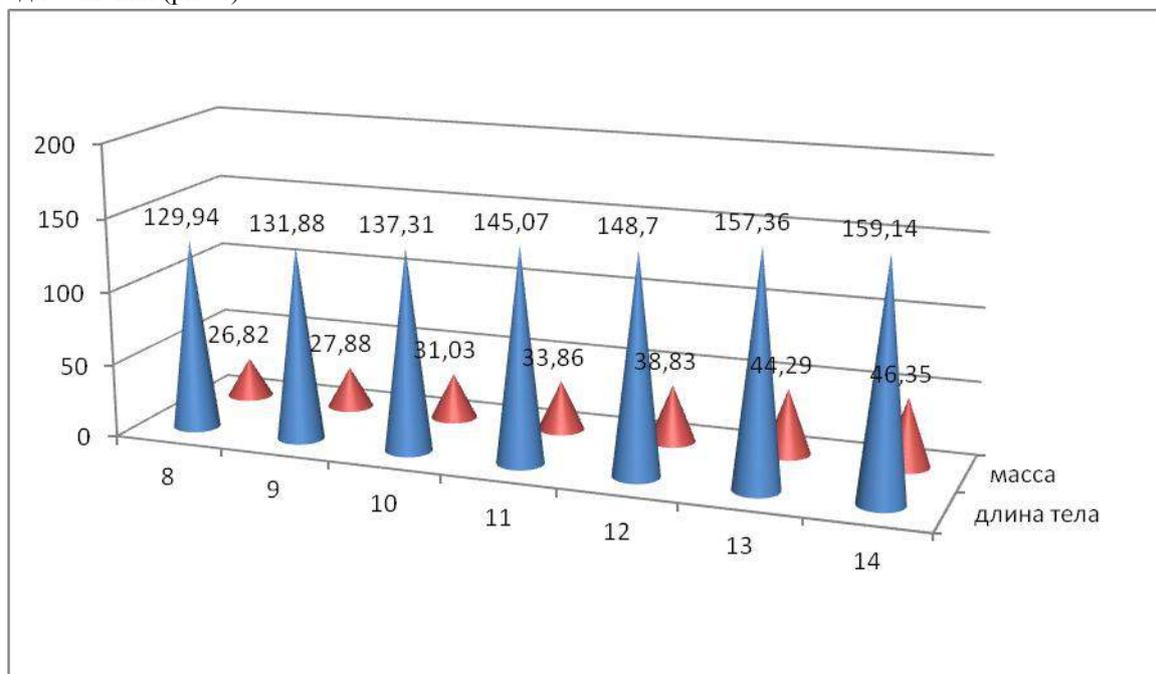
Среди мальчиков в возрасте 8 лет, проживающих в городе, длина тела составила  $129,33 \pm 0,83$ , в сельской местности-  $129,94 \pm 1,26$ ; в возрасте 14 лет - в городе-  $166,00 \pm 4,60$ , в сельской местности-  $159,14 \pm 1,39$ .

Масса тела мальчиков в возрасте 8 лет, проживающих в городе составила  $26,28 \pm 0,69$ , в сельской местности-  $26,82 \pm 0,67$ ; в возрасте 14 лет - в городе-  $48,12 \pm 1,25$ .

Показатели длины и массы тела среди мальчиков всех возрастных групп ежегодно достоверно увеличивался: среди городских мальчиков (рис. 3)



**Рисунок 3 Физическое развитие мальчиков городских школ Евпатории и среди сельских (рис.4)**



**Рисунок 4 Физическое развитие сельских школьников-мальчиков**

Кривая прироста массы тела у мальчиков всех возрастных групп также ежегодно достоверно увеличивалась (рис.3,4).

При анализе различия в физическом развитии городских школьников и школьников проживающих в сельской местности, но обучающихся в городских школах города Евпатория достоверных различий не установлено (критерий достоверности средних величин составил менее 2-х), что свидетельствует об отсутствии существенных различий между сравниваемыми величинами.

Коэффициент корреляции составляет +0,72 +0,8, что свидетельствует о наличии прямой сильной связи между возрастом детей, их массой и длиной тела. Работа продолжается в плане разработки региональных стандартов физического развития детей всех возрастных групп Республики Крым.

#### **Выводы:**

1. Динамика уровня физического развития городских и сельских школьников во всех возрастных группах, за исключением девочек 10 и 12 лет, когда рост городских девочек превышал рост сельских ( $t=2,33$  и  $3,25$  соответственно), одинакова.
2. Необходима разработка современных региональных стандартов физического развития детей, проживающих в городской и сельской местностях.
3. Так как физическое развитие детей определяет показатели физической активности детей и подростков, необходима разработка нормативов физической активности на занятиях физкультурой детей всех возрастных групп Республики Крым.

#### **Список литературы**

1. Глущенко Е.Н., Федулова С.В., Демина Ю.В. Физическое развитие и его особенности // Образование: Традиции и инновации: Материалы X Международной научно-практической конференции (17 декабря 2015 года). - Ответственный редактор Уварина Н.В. - Прага, Чешская Республика: Издательство WORLD PRESS s.r.o, 2016. - С.46-48.
2. Изюмская С.В., Косникова Е.В. Использование здоровьесберегающих технологий в физическом развитии дошкольников // Образование: Традиции и инновации: Материалы X Международной научно-практической конференции (17 декабря 2015 года). - Ответственный редактор Уварина Н.В. - Прага, Чешская Республика: Издательство WORLD PRESS s.r.o, 2016. - С. 86-89.
3. Пашенко А.К. Развитие нормативности в детском возрасте и физическом развитии // Филология и культура. Philology and Culture. 2015. - №3 (41).- С. 338-344.
4. Степанова Н.В. Мотивационное управление физическим развитием учащихся в гимназии // Научно-методический журнал "Методист", №10, 2010. - С. 57-58.
5. Тарасов С.С. К вопросу о физическом развитии и здоровье учащихся средних школ Челябинска // Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. - 2014. №1. - С. 109-112.

#### **СЕКЦИЯ №11.**

##### **ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)**

#### **СЕКЦИЯ №12.**

##### **ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)**

#### **МОНИТОРИНГ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ СО СКЕЛЕТНОЙ РОДОВОЙ ТРАВМОЙ**

**Кузнецова В.О., Вечеркин В.А., Чекмарева Д.В.**

Воронежский Государственный Медицинский Университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

**Актуальность.** В настоящее время в современной медицинской литературе нет сведений по клиническим проявлениям родовой травмы у детей и обуславливают необходимость комплексного подхода в диагностике родовой травмы. (Амиров А.Ж., Кайбасова Д.Ж., 2015).

**Цель.** Улучшение результатов лечения новорожденных с травматическими повреждениями и оценка болевого синдрома у новорожденных с травматическим статусом.

**Материал и методы.** В настоящем исследовании приняли участие 103 детей с родовыми травмами, находящихся на лечении в отделении хирургии новорожденных БУЗ ВО ВОДКБ №1 г Воронежа с 2012 по 2016 годы. Из них: 41 девочка и 62 мальчика. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом на заседании Этического комитета ГБОУ ВПО ВГМА имени Н.Н. Бурденко Минздрава России (протокол №1 от 15 февраля 2013 г.). Структура родового травматизма представлена следующими нозологическими единицами: кефалогематомы теменных областей односторонние и двусторонние у 65% пациентов, из них кефалогематомы общим объемом 10 -20 мл. – 11 человек, объемом 21-40 мл. – 13 человек, объемом свыше 40 мл. – 25% человек; закрытые переломы плечевых костей у 12%, закрытые переломы ключиц - 18%, закрытые переломы бедренных костей - 3%.

Были выделены и изучены следующие клинические проявления родовой травмы: данные рентгенографии пораженного сегмента опорно-двигательного аппарата и спондилографии; местный статус; систолическое артериальное давление (АДс), диастолическое артериальное давление (АДд), пульсовое давление (АДп), частота сердечных сокращений (ЧСС), почасовой диурез, цвет кожи, звучность и ритмичность сердечных тонов при аускультации; показатели шкалы боли новорожденных «NIPS»К[3]; общие анализы крови, мочи, кислотно-основного состояния; показатели ультразвукового скрининга внутренних органов; показатели ЭКГ.

**Результаты.** Анализ рентгенограмм пораженных сегментов опорно-двигательного аппарата показал преимущественную локализацию перелома в диафизах длинных трубчатых и смешанных костей. В местном статусе при переломах костей доминировал симптом ограничения движений. На спондилограммах пациентов с родовой травмой 22 % пациентов из всех имели сопутствующую натальную травму шейного отдела позвоночника (дислокация СII или СIII тел позвонков). Оценка параметров центральной гемодинамики проводилась в сравнении с нормативами и показала снижение АДс у 25 %, АДд у 81%, АДп у 5% пациентов. Высокие значения АДп зарегистрированы у 45% пациентов. Тахикардия отмечалась у 19%, в 12% случаях зарегистрирована брадикардия (частота сердечных сокращений менее 115 ударов в минуту). Снижения почасового диуреза и суточного диуреза у новорожденных с травмой не отмечалось. У 37% при поступлении отмечалась бледность кожи, из них у 14 % с переломами трубчатых костей, у 15 % с переломами ключиц и у 8 % с кефалогематомами больших объемов.

Анализ результатов шкалы NIPS показал, что 12 % новорожденных с травмой испытывали боль средней интенсивности (4 -6), 8 % - сильную боль (7 - 10) и 80 % - слабую боль (0 -3). В группу, испытывающих среднюю и сильную боль, входили все пациенты с переломами трубчатых костей за счет сильной и сверхсильной ноцицептивной афферентной импульсации, характерной для данного вида переломов.

Анализ лабораторных данных у новорожденных с травмой выявил наличие распределительного лейкоцитоза в 29%; у 4% - легкая анемия (больные с большими кефалогематомами). У 7% пациентов обнаружена протеинурия, возможно связанная с травматическим повреждением мышечной ткани, так и с физиологической протеинурией периода новорожденности. Компенсированный метаболический ацидоз отмечен у 14 % детей.

По данным нейросонографии у всех пациентов отмечались признаки гипоксии, перивентрикулярного отека, в 12% случаев - внутрижелудочковые кровоизлияния. У 54% пациентов отмечались диффузные изменения почек и печени, у 5% - кровоизлияния в надпочечники по результатам ультразвукового скрининга внутренних органов.

При анализе ЭКГ нарушений водителя ритма не отмечалась. Закономерное положение ЭОС в виде отклонения ее вправо отмечено у 61,5 % пациентов, вертикальное положение - у 20,7%, резкое отклонение вправо – у 17,8% (как следствие усиленной работы сердечно-сосудистой системы в условиях травмы). У 42,2% новорожденных желудочковый комплекс QRS соответствовал нормативу (0,05 сек.), у 8 % - менее 0,05 сек., у 49,8% составлял более 0,05 сек. Интервал R-R соответствовал нормативу (0,4-0,5 сек.) [16] у 51% пациентов, менее 0,4 сек. – у половины обследованных (42%), более 0,5 сек. – у 7%. Интервал QT (электрическая систола) соответствовал нормативу (0,25-0,27 сек.) у 38% детей, менее 0,25 - у 49%, более 0,27 сек. – у 13%. Нарушение периода реполяризации миокарда выявлено у 13,4% детей. Нормальная величина систолического показателя (СП) идентифицирована у 95 % больных. Систолический показатель Фогельсона-Черногогорова дает полезную информацию о взаимоотношении времени работы и отдыха сердечной мышцы. Представляет собой процентное отношение систолы желудочков к продолжительности всего сердечного цикла и рассчитывается по формуле  $QT/R-R \times 100$  (в процентах). Наличие разницы между систолическим показателем у новорожденных с травмой и систолическим показателем у здоровых

новорожденных свидетельствовало о невыгодном режиме работы сердечной мышцы в условиях травматического воздействия на организм[5].

**Выводы.** В ходе данного исследования проведен мониторинг клинических проявлений скелетной родовой травмы. Результаты работы доказывают необходимость комплексного обследования новорожденных с травмой и обосновывают целесообразность не только специального хирургического лечения (пункции, иммобилизация), но и являются объективными критериями назначения анальгезирующей, инфузионной терапии. Материалы исследования помогут улучшить качество оказания специализированной медицинской помощи новорожденным в детских отделениях родильных домов, перинатальных центрах, неонатальных хирургических отделениях клинических больниц.

#### Список литературы

1. Баиров Г.А. Детская травматология. Изд. 2-е, дополненное и переработанное/ Г.А. Баиров. – Спб., 1999. – 384 с.
- 2.. Новорожденные: снижение смертности // Информационный бюллетень.- 2016.- №333, январь [электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs333/ru> (дата обращения 17.01.2016 г.).
3. Backus Annette L. Validation of the Neonatal Infant Pain Scale/ Backus L. Annette. - Masters Theses, 1996. - Paper 280.
4. Оценка и ведение болевого синдрома у детей: Краткий курс компьютерного обучения, включающий рекомендации ВОЗ 2012 года по обезболиванию. – М.: Р.Валент, 2014. – 88 с.
5. Лили Л.С. Патофизиология сердечно-сосудистой системы / Л.С. Лилли. – М.: «Бином. Лаборатория знаний», 2015. – 735 с.

### СЕКЦИЯ №13.

#### ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)

##### ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ РОЖИ С ПОЗИЦИИ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ

<sup>1</sup>Гопаца Г.В., <sup>1</sup>Усаткин А.В., <sup>2</sup>Журавлев А.С., <sup>1</sup>Титирян К.Р.

<sup>1</sup>Ростовский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Актуальность. С позиций современной медицины целесообразным является оценка различных методов диагностики и терапии не только с клинической точки зрения, но также и с экономической. Особенно актуальным это является при выборе различных методов, имеющих сопоставимую клиническую эффективность или диагностическую информативность [3, 7]. В последнее время фармакоэкономический анализ получил широкое распространение при целом ряде инфекционных и паразитарных заболеваний, в том числе и при роже [1, 2].

Рожа относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека, регистрируясь с частотой 14-20 случаев на 10 тысяч взрослого населения [4, 8]. Основным возбудителем рожи является бета-гемолитический стрептококк. Целый ряд других представителей условно-патогенной флоры также вносит свою лепту в развитие инфекционного процесса, вызывая тяжелые проявления интоксикационного симптомокомплекса [6, 10]. Не вызывает сомнения тот факт, что терапия рожи связана с серьезными экономическими затратами как для системы здравоохранения, так и для самого пациента. В настоящее время широко применяются фармакоэкономические исследования схем терапии рожи, позволяющие позволяющих без ущерба для качества оказания помощи больным, снизить экономические затраты и повысить отдаленную эффективность терапии [7]. Мы также сочли необходимым оценить эффективность терапии рожи с использованием препаратов системной энзимотерапии (СЭТ) продемонстрировавших ранее свою клиническую и патогенетическую эффективность в комплексной терапии больных рожей нижних конечностей (РНК) [5, 9].

В связи с этим целью исследования явился фармакоэкономический анализ эффективности терапии рожи нижних конечностей с использованием СЭТ.

Материалы и методы. В исследование были включены 2 группы больных РНК, проходивших стационарное лечение в городской больнице №1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону в 2013-2015 гг. Группы были сформированы методом случайной выборки. Пациенты 1-й группы (n=64) получали стандартную этиопатогенетическую терапию, 2-й (n=62) терапию, дополненную препаратом СЭТ Вобэнзимом в дозе 15 таблеток в сутки в течение всего периода пребывания в стационаре.

Для экономической оценки эффективности лекарственной терапии у больных РНК были использованы: 1) анализ общей (полной) стоимости болезни – COI (cost of illnesses), определяемый по совокупности прямых – DC (direct costs) и непрямых – IC (indirect costs) затрат и 2) анализ «затраты-эффективность» (CEA – cost – effectiveness analysis).

При определении прямых затрат учитывали затраты на стационарное лечение по тарифам ОМС, актуальным на 01.06.2013 г.

Под непрямими затратами подразумевались расходы на оплату листов временной утраты трудоспособности работающим пациентам на 01.06.14.

Результаты. В ходе проведения клинико-экономического анализа различных схем терапии рожи нижних конечностей были получены следующие результаты. Длительность стационарного лечения в 1-й группе, получающей общепринятую терапию, составила  $11,1 \pm 0,49$  койко-дней, в то время как во 2-й группе пациентов, получающих дополнительно препарат СЭТ, она оказалась значительно ниже ( $p=0,017$ ) –  $9,3 \pm 0,34$  койко-дня.

Для оценки непосредственных затрат на медикаментозное лечение была определена средняя стоимость затраченных на каждого пациента лекарственных средств. В среднем, на больного 1-й группы было израсходовано  $4398,27 \pm 685,13$  рублей, 2-й группы –  $3293,10 \pm 327,29$  рублей. Обращает на себя внимание тот факт, что даже с учетом рыночной стоимости Вобэнзима, равной 1300 рублям на курс лечения, средняя стоимость затраченных лекарственных средств достоверно не различалась в обеих группах ( $p=0,211$ ).

В 1-й группе достоверно чаще, чем во 2-й ( $p>0,05$ ) отмечалась более продолжительная лихорадка, проявления общей интоксикации, течение заболевания чаще осложнялось образованием поверхностных некрозов, абсцессов голени, что требовало проведения повторных курсов антибактериальной терапии. Во 2-й группе терапевтический эффект, выражающийся в исчезновении лихорадки на 2-3 сутки, инволюции местных проявлений заболевания достигался, как правило, уже на этапе стартовой терапии и лишь 12% больных в группе нуждались в назначении 2 курса антибактериальной терапии.

Фармакоэкономический показатель «прямые затраты» – DC в группе, получающей общепринятую терапию составил 18093,0 руб. (в том числе – 13694,6 руб. – стоимость пребывания больного в стационаре за вычетом заложенных в этот тариф медикаментов и 4398,4 руб. – реальные затраты на медикаменты) а в группе, получающей терапию, усиленную СЭТ, – 14890,3 руб. (в том числе – 11597,2 руб. – стоимость пребывания больного в стационаре за вычетом заложенных в этот тариф медикаментов и 3293,1 руб. – реальные затраты на медикаменты). Такое различие в DC было связано, главным образом, с уменьшением прямых затрат за счет сокращения сроков стационарного лечения в группе пациентов, получающих СЭТ.

Непрямые затраты (IC) в 1-й и во 2-й группах отличались незначительно. Для пациентов 1-й группы они составили  $1054,2 \pm 115,4$  руб., во 2-й –  $976,4 \pm 89,6$  руб.,  $p=0,533$ . Сравнительно небольшой вклад непрямых затрат в общую стоимость рожи можно объяснить преимущественным распространением заболевания у пожилых лиц, уже завершивших трудовую деятельность.

В итоге, COI (полная стоимость болезни) в 1-й группе составила 19147,2 руб и оказалась на 17,1% выше таковой в группе пациентов, дополнительно получавшей препарат СЭТ (15866,7 руб.).

Таким образом, можно констатировать определенную экономическую целесообразность использования препаратов СЭТ в комплексной терапии рожи, что выражается в сокращении длительности лечения в стационаре, отсутствии достоверных различий в стоимости лекарственных препаратов, затраченных на лечение, и закономерно подтверждается снижением полной стоимости болезни.

Далее нами был проведен сравнительный анализ этих схем терапии по критерию CEA (cost – effectiveness analysis), позволивший оценить как расходы, так и эффективность лечения.

За эффективность лечения было принято число ранних рецидивов рожи в каждой из групп. В 1-й группе в течение 6 месяцев рецидивы рожи наблюдались у 8-х больных, в то время как во 2-й только у 1-го. Очевидно, что ранние рецидивы рожи приводят к значительным как прямым, так и косвенным затратам на

лечение, поскольку связаны с повторной госпитализацией, амбулаторной терапией и длительным снижением трудоспособности.

С учетом этого, показатель СЕА (т.е. затраты на единицу эффективности) в 1-й группе составил 25529, а во 2-й – 16408. Уменьшение числа рецидивов во 2-й группе, а, следовательно, и затрат на единицу эффективности, демонстрирует эффективность данной схемы терапии и подтверждается снижением показателя СЕА на 36,8%.

Выводы. В итоге, можно констатировать, что использование в дополнение к стандартным схемам терапии рожки препарата СЭТ Вобэнзима экономически целесообразно, позволяет сократить прямые и не прямые затраты на лечение, а также затраты, приходящиеся на единицу эффективности (СЕА). Применение схемы терапии РНК с использованием СЭТ повышает эффективность лечения рожки, способствуя более быстрому нивелированию общих и местных проявлений заболевания, предотвращению рецидивов рожки, а также снижает затраты на лечение.

### Список литературы

1. Амбалов Ю.М., Пшеничная Н.Ю., Коваленко А.П. Применение методов математического моделирования в фармакоэкономическом анализе терапии рожки нижних конечностей // Успехи современного естествознания. -2005. -№ 10 - С. 32-33.
2. Ермакова Л. А., Твердохлебова Т. И., Пшеничная Н. Ю. Диагностическая значимость иммуноферментного анализа при ларвальных гельминтозах (трихинеллез, эхинококкоз, токсокароз) // Профилактическая и клиническая медицина. 2012. № 3 (44). - С. 59-63.
3. Ермакова Л.А., Пшеничная Н.Ю., Амбалов Ю.М., Черникова Е.А. Оценка эффективности многократного копрологического исследования для диагностики лямблиоза // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. -2007 - № 4. - С. 32-34.
4. Еровиченков А.А. Актуальные аспекты современной клиники, лечения и реабилитации больных рожей // Фарматека. - 2012. - № 20. - С. 62-67.
5. Московская Т.В., Пшеничная Н.Ю., Добаева Н.М. Протеолитические системы при роже: концепция нарушений и оптимизация терапии // Фундаментальные исследования. -2014. - № 4-1. - С. 122-128.
6. Пак С.Г., Белая О.Ф., Малов В.А., Волчкова Е.В., Еровиченков А.А. Опыт и перспективы изучения синдрома интоксикации в инфекционной патологии // Журнал инфектологии. - 2009. -№ 1. - С. 9-17.
7. Пшеничная Н.Ю. Рожка: программа оптимизации диагностики и лечения, фармакоэкономический анализ: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – Ростов на Дону, 2005 - 36 с.
8. Пшеничная Н.Ю. Роль неспецифических и специфических факторов резистентности кожи в патогенезе рожистого воспаления и коррекция их нарушений: автореферат дис. кандидата медицинских наук. Москва. 1996. 24 с.
9. Пшеничная Н.Ю., Московская Т.В., Добаева Н.М. Клиническая и патогенетическая эффективность применения препаратов системной энзимотерапии в лечении рожки нижних конечностей // Фундаментальные исследования. -2014. - № 4. - С. 120-127.
10. Троицкий В.И., Еровиченков А.А., Потекаева С.А., Свистунова Т.С., Белая О.Ф., Волчкова Е.В. Разнообразие выявляемых возбудителей у больных рожей // Эпидемиология и инфекционные болезни. -2015. Т. 20. - № 2. - С. 34-37.

## ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВОГО СПЕКТРА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

**Перепечай С.Д., Пшенецкая О.А., Пройдаков М.А.**

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Хронический гепатит С (ХГС) является одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека, характеризуясь выраженными иммунологическими сдвигами, высокой частотой развития цирроза и первичного рака печени [6, 10]. Обладая, как известно, гепатотропным действием, вирус гепатита С (HCV) способен, тем не менее, персистировать и в клетках костного мозга, что способствует их

ускоренному апоптозу, снижению пролиферативной активности и развитию цитопенического синдрома системы крови (СК) [7]. Вышеуказанные изменения у лиц, страдающих ХГС, вполне возможно, могут иметь определяющее значение и в развитии гематологических осложнений при проведении противовирусной терапии (ПВТ) хронической HCV-инфекции [2, 4].

На кафедре инфекционных болезней РостГМУ выполнена научная работа, направленная на разработку эффективных мер предупреждения ПВТ-ассоциированных анемии, нейтро- и тромбоцитопении у больных ХГС [8, 9]. При этом одним из ключевых моментов исследования явилось использование модифицированной аутогемотерапии, заключающейся во внутривенном введении пациентам гемолизата аутокрови (ГАК). Дело в том, что еще в 70-х годах XX столетия сотрудниками ЦНИИ гематологии и переливания крови Минздрава СССР было доказано, что внутривенное введение гемолизата сопровождается неизменным повышением гемопоэтической активности сыворотки крови [5]. Однако механизм действия этого феномена до настоящего времени малоизучен. Получив и в нашей работе вполне убедительные данные клинической эффективности ГАК, нас, конечно же, заинтересовал патогенетический аспект его гемопоэтической активности.

Цель работы – на основе детального изучения у больных ХГС белкового спектра плазмы крови, установить возможные механизмы стимулирующего эффекта ГАК.

**Материалы и методы.** У 37 больных ХГС, получавших ГАК, была выполнена непрямая MALDI-TOF-масс-спектрометрия плазмы крови. Исследование проводилось непосредственно перед назначением аутогемотерапии и спустя 10 дней ежедневного внутривенного введения 20,0 мл ГАК.

Селективное выделение фракции белков из плазмы крови выполняли с помощью магнитных гранул, входящих в набор реактивов Profiling Kit MB-IMAC Cu (Bruker Daltonics, Германия). В качестве матрицы для выделенных белков использовали  $\alpha$ -циано-4-гидроксикоричную кислоту (Sigma, США). Работа проводилась на аппарате масс-спектрометре Autoflex II MALDI-TOF (Bruker Daltonics, Германия). Для получения и анализа масс-спектров использовали программы FlexControl версии 2,4 (Bruker Daltonics, Германия) и FlexAnalysis версии 2,4 (Bruker Daltonics, Германия). Для идентификации белков использовали программу BioTools версии 3.0 (Bruker Daltonics, Германия) [1, 3].

**Результаты исследования.** В ходе протеомного анализа плазмы крови у наблюдавшихся пациентов было выделено более 300 белков. Воспользовавшись единой международной базой данных полипептидных последовательностей – UniProt (<http://www.uniprot.org/>), мы сочли возможным все выявленные молекулярные профили дифференцировать в следующие функциональные группы:

1. Белки, регулирующие процессы кроветворения.
2. Белки, участвующие в воспалительных реакциях организма, обеспечивающие антигенспецифический и антигеннеспецифический иммунный ответ, а также белки, обладающие антимикробной активностью.
3. Белки, выполняющие роль специфических рецепторов (R) поверхностной мембраны форменных элементов крови.
4. Белки-участники реакций внутриклеточного метаболизма.
5. Белки-транскрипционные факторы, регулирующие активность ядра и митотическое деление клетки.
6. Белки свертывающей и антисвертывающей систем крови.
7. Транспортные белки плазмы крови.
8. Белки, регулирующие процессы свободно-радикального окисления, детоксикации и элиминации.
9. Белки, регулирующие ангиогенез, активность рецепторных структур эндотелия и тонус сосудов.
10. Белки, обладающие системным действием, либо реализующие свои основные биологические эффекты в различных органах и тканях.
11. Белки, функция которых пока не изучена.

Учитывая приоритетное направление работы, было вполне естественным, что среди всего многообразия обнаруженных белковых последовательностей нас, прежде всего, интересовали те, которые могут оказывать регулирующее воздействие на процессы кроветворения. В связи с этим мы изучили частоту встречаемости ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-7, ИЛ-9, ИЛ-10, ИЛ-11, ИЛ-12, ИЛ-13, ИЛ-14, ЕРО, эритроферрона, G-CSF, GM-CSF, TNF $\alpha$ , ФНО- $\alpha$ , C-C motif chemokine-21 и RhoB-2, выделенных в плазме крови наблюдавшихся пациентов непосредственно перед проведением аутогемотерапии и спустя 10 дней ежедневного внутривенного введения 20,0 мл ГАК.

Проведенный статистический анализ показал, что в результате внутривенного введения в течение 10 дней 20,0 мл ГАК частота встречаемости в плазме крови больных ХГС ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-3, ИЛ-6, ИЛ-9, ИЛ-11 и эритроферрона достоверно повысилась, а ИЛ-10 и ИЛ-13, наоборот, существенно снизилась (во всех случаях  $p < 0,05$ ). Удельный же вес пациентов, с выделенными в плазме крови ИЛ-7, ЕРО, G-CSF, GM-CSF и TNPO, имел при этом статистически незначимую тенденцию к повышению, а ИЛ-4, ФНО- $\alpha$ , C-C motif chemokine-21 и Rombotin-2 – к снижению своего уровня (во всех случаях  $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют, на наш взгляд, о том, что под действием биологически активных фрагментов Hb, образующихся в результате гемолиза, происходят существенные изменения протеомного профиля плазмы крови в сторону преобладания белков, оказывающих стимулирующее влияние на гемопоэз. Выявленные сдвиги, по всей вероятности, и обуславливают клиническую эффективность ГАК у больных ХГС, получающих аутогемотерапию.

### Список литературы

1. Амбалов Ю.М., Васильева И.И., Рязанова О.А., Исламова И.И., Лисаева Л.Э., Донцов Д.В., Кузнецова Г.В. Клинико-патогенетические особенности простого герпеса в разные периоды болезни // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. – № 3. – С. 22-26.
2. Амбалов Ю.М., Донцов Д.В., Мамедова Н.И. Современные представления о проблеме гематологических осложнений комбинированной противовирусной терапии хронического гепатита С // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 502.
3. Амбалов Ю.М., Дубина Н.В., Донцов Д.В. и др. Роль комбинированной противовирусной терапии в патогенезе нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных хроническим гепатитом С // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 14-19.
4. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М. Способ прогноза интерферон-рибавирининдуцированной нейтропении у больных хроническим гепатитом С // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 3. – С. 67-69.
5. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М., Алексеева Н.Н. Роль изменений ряда показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы в клинике и патогенезе хронического гепатита С // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2-2. – С. 290-293.
6. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М., Васильева В.В. Оценка степени активности хронического гепатита С // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6. – С. 6.
7. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М., Мамедова Н.И. Изменения иммунологических показателей при развитии гематологических осложнений у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 981.
8. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М., Мамедова Н.И. Нейтропения у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию. Клинические проявления. Особенности патогенеза // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 479.
9. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М., Пройдаков М.А. и др. Тромбоцитопения у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию. Клинические проявления. Особенности патогенеза // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10-1. – С. 59-63.
10. Донцов Д.В., Романова Е.Б., Амбалов Ю.М. Метод альтернативного анализа Вальда как способ прогноза прогрессирования заболевания у больных хроническим гепатитом С // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 4. – С. 69-72.

## **СЕКЦИЯ №14. КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)**

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ, ПЕНЗЕНСКОЙ И УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ**

**Истомина М. С., Мильчаков Д. Е.**

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

Заболевания сердечно-сосудистой системы представляют наиболее острую проблему современной медицины. Это связано с тем, что патология сердца и сосудов занимает первое место в мире как по количеству больных, так и по летальности этих заболеваний.

Причиной тому являются множество факторов, таких как: образ жизни населения, географическое расположение, развитие инфраструктуры, наличие вредных производств, ритм жизни в городе и многие другие.

Развитие каждого региона и области в России или мире по-своему различаются, следовательно, будут отличаться и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, их наличие или отсутствие и влияние на человека. Таким образом, в разных областях Российской Федерации, даже находящихся в одном федеральном округе и одинаковыми по количеству населения, уровни заболеваемости сердечно-сосудистой патологией будут различны.

**Актуальность:**

По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения в 2012 году от сердечно-сосудистых заболеваний умерло 17,5 миллионов человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. По данным Европейского общества кардиологов, в Европе сердечно-сосудистые заболевания приводят к 48% летальных случаев, когда в России это показатель составляет 53% от всех летальных исходов.

По прогнозам ВОЗ в 2030 году от сердечно-сосудистой патологии, в основном от болезней сердца и инсульта, в мире умрет около 23,6 миллионов человек, и эти болезни останутся основными отдельными причинами смерти.

Проводить статистику и характеристику заболеваемости в каждом отдельно взятом регионе России необходимо для того, чтобы выяснить возможные причины нарушений сердечно-сосудистой системы, составить прогноз на ближайшие годы, а также, увидеть перспективы развития в лечении некоторых заболеваний.

**Материалы и методы исследования:**

Нами были использованы отчеты Министерства здравоохранения Российской Федерации «Заболеваемость населения России» и статистические материалы Министерства здравоохранения России для Кировской, Пензенской и Ульяновской областей за 2014-2015 г.

Для анализа статистических данных были применены следующие методы исследования: анализ материалов, синтез связей, обобщение данных, систематизация информации, классификация.

**Результаты:**

Для того, чтобы оценить заболеваемость в Кировской, Пензенской и Ульяновской областях за 2014-2015 года, были взяты статистические данные Министерства здравоохранения России. Эти данные были проанализированы и сравнены между собой. Для каждой области были выделены 5 самых частых по встречаемости заболевания за 2014 и 2015 год.

В 2014 году в Кировской области заболеваемость населения болезнями системы кровообращения в целом составила 2637,8 человек на 100 000 населения. Данные о пяти наиболее часто встречающихся патологиях сердечно-сосудистой системы в Кировской области за 2014 год представлены на таблице ниже:

<b>Диагноз, установленный впервые в жизни</b>	<b>Кировская область, 2014 г.</b>
1. Ишемическая болезнь сердца	856,4
2. Цереброваскулярные болезни	814,3
3. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.	529,5

4. Стенокардия	476,9
5. Гипертензивная болезнь сердца	410,8
<b>Всего болезни системы кровообращения</b>	<b>2637,8</b>

В Пензенской области за 2014 год заболеваемость населения патологиями сердечно-сосудистой системы составила 3717,3 на 100 000 населения. В таблице ниже представлены данные о пяти самых распространённых заболеваниях сердечно-сосудистой системы в Пензенской области:

<b>Диагноз, установленный впервые в жизни</b>	<b>Пензенская область, 2014 г.</b>
1. Ишемическая болезнь сердца	1148,6
2. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.	823,2
3. Цереброваскулярные болезни	702,4
4. Стенокардия	630,7
5. Гипертензивная болезнь сердца	576,6
<b>Всего болезни системы кровообращения</b>	<b>3717,3</b>

В 2014 году в Ульяновской области заболеваемость сердечно-сосудистой патологией была равна 3294,8 на 100 000 населения. Пять самых частых заболеваний сердечно-сосудистой системы с данными о количестве заболевших представлены в таблице ниже:

<b>Диагноз, установленный впервые в жизни</b>	<b>Ульяновская область, 2014 г.</b>
1. Цереброваскулярные болезни	1359,5
2. Ишемическая болезнь сердца	767,5
3. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.	515
4. Другие цереброваскулярные болезни	457,8
5. Гипертензивная болезнь сердца	412,5
<b>Всего болезни системы кровообращения</b>	<b>3294,8</b>

На 2015 год в Кировской области можно увидеть следующие изменения (данные представлены в таблице ниже):

<b>Диагноз, установленный впервые в жизни</b>	<b>Кировская область, 2015 г.</b>
1. Цереброваскулярные болезни	897,9
2. Ишемическая болезнь сердца	838,3
3. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.	792,8
4. Гипертензивная болезнь сердца	693,7
5. Стенокардия	519,9
<b>Всего болезни системы кровообращения</b>	<b>2975,9</b>

Всего болезней системы кровообращения в Кировской области в 2015 году составило 2975,9 на 100 000 населения.

В Пензенской области в 2015 году диагноз патологии сердечно-сосудистой системы ставили 5439 людям на 100 000 населения. Динамику развития по сравнению с 2014 годом можно рассмотреть в таблице:

<b>Диагноз, установленный впервые в жизни</b>	<b>Пензенская область, 2015 г.</b>
1. Ишемическая болезнь сердца	2028,2
2. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.	1524,3
3. Гипертензивная болезнь сердца	1178,3

4. Цереброваскулярные болезни	1139,2
5. Стенокардия	972,9
<b>Всего болезни системы кровообращения</b>	<b>5439</b>

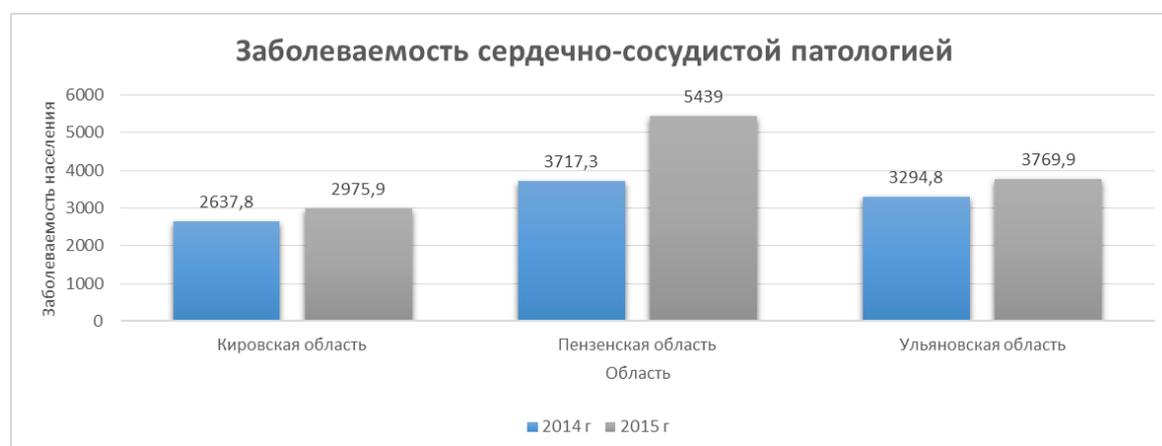
В 2015 году в Ульяновской области заболевания сердечно-сосудистой системы проявились у 3769,9 людей на 100 000 населения. Данные о распространенных заболеваниях Ульяновской области за 2015 год можно увидеть в таблице:

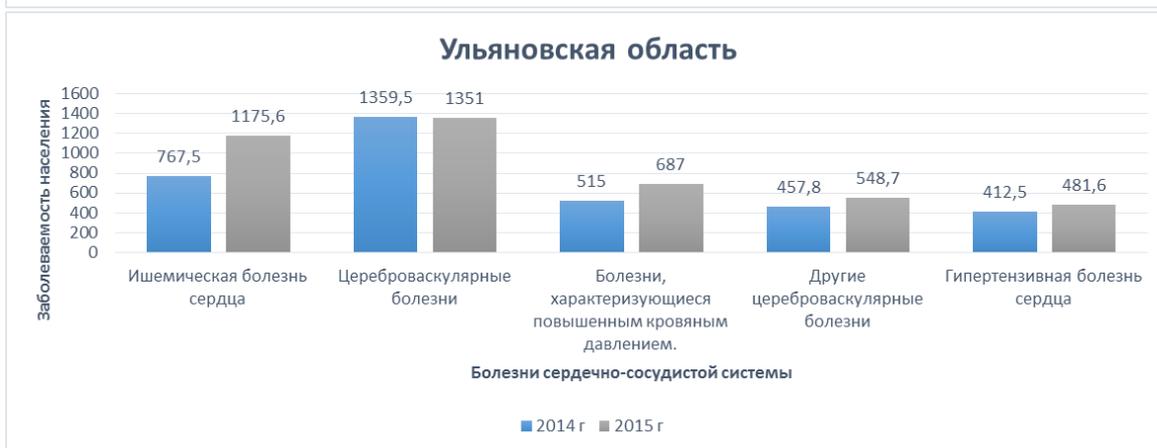
<b>Диагноз, установленный впервые в жизни</b>	<b>Ульяновская область, 2015 г.</b>
1. Цереброваскулярные болезни	1351
2. Ишемическая болезнь сердца	1175,6
3. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.	687
4. Гипертензивная болезнь сердца	548,7
5. Другие цереброваскулярные болезни	481,6
<b>Всего болезни системы кровообращения</b>	<b>3769,9</b>

Результаты исследования:

Проанализировав данные заболеваемости патологией сердечно-сосудистой системы в Кировской, Пензенской и Ульяновской областях за 2014-2015 год, можно с уверенностью сказать, что:

- Самый высокий уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения – в Пензенской области, самый низкий – в Кировской области;
- По показателям заболеваемости сердечно-сосудистой патологией во всех трех областях можно выделить пять основных болезней: ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, стенокардия, гипертензивная болезнь;
- В Кировской области из всех сердечно-сосудистых патологий наиболее высокий уровень заболеваемости ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями;
- Среди патологий сердечно-сосудистой системы в Пензенской области наиболее частыми являются: ишемическая болезнь сердца и болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением;
- Наиболее часто встречаемые болезни в Ульяновской области – это цереброваскулярные болезни, ишемическая болезнь сердца;
- В Кировской и Ульяновской областях цереброваскулярные болезни и ишемическая болезнь сердца находятся на первом месте, однако в Кировской области заболеваемость ими примерно в 1,5 раза меньше;
- В Ульяновской, в отличие от других областей, высокий уровень заболеваемости цереброваскулярными болезнями (другие цереброваскулярные заболевания);
- В Пензенской области высокий уровень заболеваемости принадлежит болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением. Такая высокая заболеваемость не встречается в других областях.





**Выводы:**

На основании проведенной работы, можно сделать вывод, что в Кировской области самый низкий общий уровень заболеваемости сердечно-сосудистыми патологиями: она примерно в 1,5 раза меньше, чем в Ульяновской и Пензенской областях в 2014 году, в 2 раза меньше, чем в Пензенской и в 1,5 раза меньше, чем в Ульяновской областях в 2015 году.

К сожалению, данных статистики недостаточно для того, чтобы проследить динамику заболеваемости сердечно-сосудистой патологией в данных областях, но по доступным данным можно сделать заключение, что заболеваемость в Кировской области достаточно низкая.

Такие положительные показатели, возможно, связаны с высоким уровнем профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, а так же достаточным уровнем оказания медицинской помощи. В Кировской области на базе больниц организованы школы, а также проводятся различные семинары по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, факторах риска и возможности их предупреждения. Согласно распоряжению Министерства Здравоохранения Кировской области, в больницах г. Кирова сосудистые отделения укомплектованы медицинским персоналом высокой квалификации, запасом необходимых лекарственных средств, находятся под постоянным мониторингом случаев острых сердечно-сосудистых заболеваний. Больницы, на базе которых отсутствуют сосудистые отделения, обеспечиваются необходимой

транспортировкой пациентов, неснижаемым запасом лекарственных средств для оказания неотложной помощи при острых сердечно-сосудистых заболеваниях, регулярным обучением врачей по вопросам сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что в Кировской области при развитии тенденции к повышению уровня профилактики и своевременного адекватного лечения сердечно-сосудистых патологий, показатель заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы будет только уменьшаться.

В Пензенской области показатель заболеваемости сердечно-сосудистой патологией, по сравнению с другими областями, достаточно высок. Это связано, возможно, с низким уровнем профилактики в данной области, развитием факторов риска заболеваний (стрессовые ситуации, образ жизни, окружающая среда), поздней диагностикой заболеваний, либо недостаточным их лечением. В 2015 году показатель заболеваемости в Пензенской области увеличился почти в 2 раза по сравнению с таковым в 2014 году. Это значит, что просто необходимо обеспечить население достаточным уровнем профилактики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Самой многочисленной по заболеваемости патологией во всех трех областях являются цереброваскулярные болезни. Возможно, это связано с распространенностью атеросклероза – основной причиной этого заболевания, или других причин, вызывающих эту патологию: сахарный диабет, подагра, воспалительные заболевания сосудов, избыточный вес и другие. На втором месте – ишемическая болезнь сердца, являющаяся самой частой причиной смерти во всем мире.

Мы считаем, что при достаточной профилактике, ранней диагностике и высоком уровне лечения, уровни заболеваемости сердечно-сосудистой патологией в Кировской, Пензенской и Ульяновской областях могут быть значительно уменьшены.

#### **Список литературы**

1. ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания [Электронный ресурс] [www.who.int/ru/](http://www.who.int/ru/)
2. Министерство здравоохранения Кировской области. Об организации медицинской помощи пациентам с острыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы на территории Кировской области [Электронный ресурс] [www.medkirov.ru](http://www.medkirov.ru)
3. Министерство здравоохранения Кировской области. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс] [www.medkirov.ru](http://www.medkirov.ru)
4. Отчет Министерства здравоохранения Российской Федерации «Заболеваемость населения России» [Электронный ресурс] [www.rosminzdrav.ru](http://www.rosminzdrav.ru)

### **ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО ДАННЫМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА КИРОВА 2014-2015 ГОДАХ**

**Мусаев Ю. Ф.о., Мильчаков Д. Е.**

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

#### **Введение**

Сердечно-сосудистые патологии занимают лидирующее положение по уровню заболеваемости и смертности в мире. И неудивительно, ведь, как известно провоцирующим фактором могут быть различные факторы, начиная от генетической предрасположенности и заканчивая стрессовыми или конфликтными ситуациями на работе и в семье. Невозможно предугадать в какой момент сердечно-сосудистые патологии могут себя проявить. Даже многие общественные деятели пали от сердечного недуга: Муслим Магомаев (ишемическая болезнь сердца), Людмила Гурченко (тромбоэмболия легочной артерии), Эрих Мария Ремарк (аневризма аорты). И вот человечество в эпоху освоения космоса и изобретения микрочипов и суперкомпьютеров, все еще беззащитно перед этими заболеваниями, которые, казалось бы, должны были кануть в лету. Однако, они, в связи с нынешним темпом жизни, с ее постоянными стрессами и напряжением, не утратили свою значимость, а стали актуальнее, чем когда бы то ни было.

#### Актуальность

Проблема заболеваемости сердечно-сосудистой патологией очень актуальна в современное время. В среднем, в мире от сердечно - сосудистых заболеваний каждый год умирает около 17 миллионов человек, в среднем 29% процентов от всех смертей. По России этот показатель составляет 611,5 человек на 100000 населения. К слову, в таких странах как Япония, США этот показатель равен 200 – 300. В Кировской области этот показатель равен 808 человек на 100 тысяч населения.

По прогнозу ВОЗ, к 2030 г. смертность от ишемической болезни сердца увеличится на 30%. Сегодня эта болезнь значительно омолодилась. К сожалению, мужчины в возрасте старше 35 лет чаще всего умирают именно от сердечно - сосудистых заболеваний. Впрочем, женщины ни в чем не уступают сильному полу: они почти так же часто болеют болезнями сердца, как и мужчины, однако тяжелые формы этого заболевания, особенно инфаркт миокарда, встречается у них в 3-4 раза реже.

#### Цели и задачи:

Так как вопрос заболеваемости сердечно-сосудистой системы чрезвычайно актуален, как в России, так и в мире, мы решили подробно изучить вопрос количества сердечно-сосудистой патологии и зависимость ее проявлений от гендерных различий, а так же употребления алкоголя.

На примере Кировской области мы показали востребованность такой услуги в оказании неотложной медицинской помощи, как непосредственная деятельность скорой медицинской помощи в экстренной ситуации.

#### Материалы и методы:

В нашем исследовании были использованы данные вызовов Скорой Медицинской помощи за 2014-2015 годах в городе Кирове. Для анализа полученных данных применялись общие статистические методы.

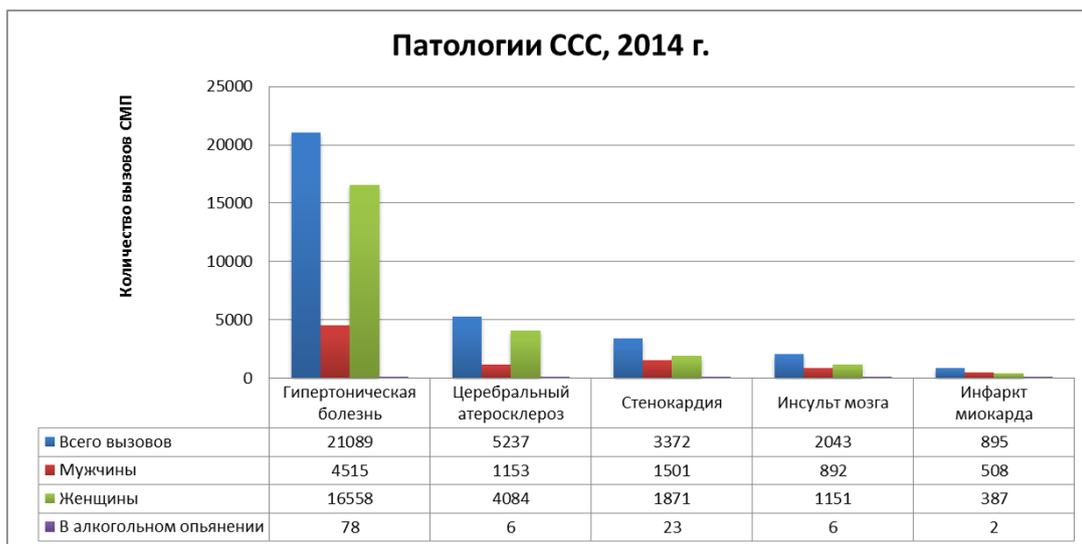
#### Результаты:

По данным карты вызовов СМП 2014 года в городе Кирове была составлена выборка наиболее часто встречающихся патологий ССС:

- 1) По диагнозу гипертоническая болезнь было выполнено 21089 вызовов. Из этого количества: мужчин - 4515, женщин - 16558.
- 2) Было выполнено 5237 вызовов по диагнозу церебральный атеросклероз. При этом мужчин - 1153, а женщин - 4084.
- 3) По диагнозу стенокардия было выполнено 3372 вызовов. Стенокардия у мужчин встретилась в 1501 случае, а женщин - в 1871.
- 4) На диагноз инсульт мозга скорая медицинская помощь выполнила 2043 вызовов. Из этого количества мужчин - 892, женщин - 1151.
- 5) Было выполнено 895 вызовов по диагнозу инфаркт миокарда. Среди этих вызовов мужчины – 508 человек, женщин - 387.

Удивительно то, что часть больных, вызвавших скорую неотложную помощь находилась в алкогольном опьянении. Приведем некоторые цифры:

- 1) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении с гипертонической болезнью, всего: 78 (мужчин - 52, женщин 26).
- 2) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении с церебральным атеросклерозом, всего: 6 (мужчин - 3, женщин – 3).
- 3) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении со стенокардией, всего: 23 (мужчин - 22, женщин – 1).
- 4) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении с инсультом мозга, всего: 6 (мужчин - 5, женщин - 1).
- 5) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении с инфарктом миокарда, всего: 2 (мужчин - 2, женщин - 0).

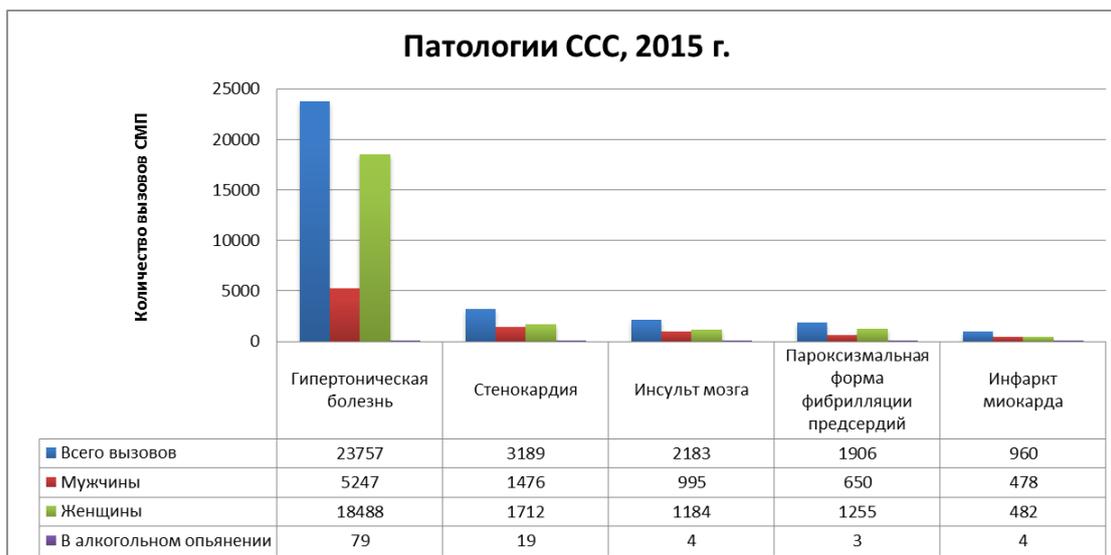


По данным карты вызовов СМП 2015 года в городе Кирове была составлена выборка наиболее часто встречающихся патологий ССС:

- 1) По диагнозу гипертоническая болезнь было выполнено 23757 вызовов. Из этого количества мужчин - 5247, а женщин – 18488 человек.
- 2) Было выполнено 3189 вызовов по диагнозу стенокардия. Из них мужчин - 1476, женщин - 1712.
- 3) По диагнозу инсульт мозга скорая медицинская помощь выполнила 2183 вызовов. При этом инсульт мозга встретился у 995 мужчин и 1184 женщин.
- 4) На диагноз пароксизмальная форма фибрилляции предсердий было выполнено 1906 вызовов. Среди них мужчин - 650, женщин – 1255 вызовов.
- 5) По диагнозу инфаркт миокарда было выполнено 960 вызовов скорой медицинской помощи. Из этого количества мужчин - 478, женщин - 482.

Из них пациентов в алкогольном опьянении:

- 1) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении с гипертонической болезнью, всего: 79 (мужчин - 52, женщин – 27).
- 2) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении со стенокардией, всего: 19 (мужчин - 14, женщин - 5).
- 3) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении с инсультом мозга, всего: 4 (мужчин - 3, женщин – 1).
- 4) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, всего: 3 (мужчин - 3, женщин – 0).
- 5) Количество больных находившихся в алкогольном опьянении с инфарктом миокарда, всего: 4 (мужчин - 3, женщин – 1).



Заключение по исследованию:

- По данным скорой медицинской помощи в Кирове в 2014 и 2015 году наиболее частой патологией сердечно-сосудистой системы является гипертоническая болезнь сердца
- Заболевания сердечно-сосудистой системы чаще встречаются у женщин
- В алкогольном опьянении по диагнозу сердечно-сосудистой системы чаще вызовы выполняют к мужчинам
- Необходимо отметить, что не все вызвавшие скорую медицинскую помощь были госпитализированы в стационар
- Показатель госпитализации не очень велик при гипертонической болезни, в этом случае уровень госпитализации не превышает 50%, объясняется это скорее всего тем, что причина вызова была в остро развившемся гипертоническим кризом. Их состояние было нормализовано в домашних условиях, и госпитализация им не потребовалась.
- Также при стенокардии количество госпитализированных примерно на уровне госпитализированных при гипертонической болезни, скорее всего их состояние было купировано в домашних условиях.
- При инфаркте миокарда и остром нарушении мозгового кровообращения показатель госпитализации, на уровне 75-80%, вероятно причина такого относительно низкого показателя заключается в том, что вызов поступил слишком поздно, или родственники, не сориентировавшись, затянули с вызовом.

### Выводы

Таким образом, мы наблюдаем различия в гендерном соотношении. Скорее всего, это связано с образом жизни у женщин и позднем выявлении патологий, при своевременной диагностике количество больных может быть в разы ниже, чем сейчас. Необходимо устранить дополнительные факторы, например, уменьшить время и увеличить скорость прибытия бригады скорой медицинской помощи. Также необходима модернизация всей системы здравоохранения и сокращение до минимума моментов, при которых жизнь пациента порою зависит от скорости оказания квалифицированной медицинской помощи.

Также явственно видно, насколько больше госпитализированных мужчин в алкогольном опьянении. Это связано с общей статистикой употреблении алкоголя. Чтобы снизить или даже исключить роль алкоголя в «лечебных» мероприятиях сердечно-сосудистых заболеваний, необходимо рекомендовать проводить санитарно-просветительные работы (брошюры, буклеты, стенды, ролики). К сожалению, в данный момент роль этих мероприятий недооценивается.

### Список литературы

1. Лист вызовов Скорой медицинской помощи 2014-2015 год
2. [http://www.merckserono.ru/ru/therapeutic\\_areas/cardio\\_metabolic\\_care/cardiovascular/cardiovascular.html](http://www.merckserono.ru/ru/therapeutic_areas/cardio_metabolic_care/cardiovascular/cardiovascular.html)  
- сердечно - сосудистые заболевания

**СЕКЦИЯ №15.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)**

**СЕКЦИЯ №16.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)**

**СЕКЦИЯ №17.**

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

**СЕКЦИЯ №18.**

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

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА**

**Ефимова О.А.**

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,  
г. Чебоксары, Российская Федерация

Аннотация. Статья посвящена образовательным технологиям в профессиональной деятельности врача-рентгенолога. Выявлены основные составляющие профессиональной деятельности врача-рентгенолога. Определены образовательные технологии в деятельности врача-рентгенолога и выделены наиболее важные в формировании компетентного специалиста. Оценено современное состояние и тенденция развития образовательных технологий в профессиональной деятельности врача-рентгенолога.

Ключевые слова: образовательные технологии, профессиональная деятельность врача-рентгенолога.

Цель: выявить роль необходимости образовательных технологий в профессиональной деятельности врача-рентгенолога.

Задачи:

1. выявить структуру профессиональной деятельности врача-рентгенолога
2. определить образовательные технологии в деятельности врача-рентгенолога
3. оценить современное состояние и тенденцию развития образовательных технологий в профессиональной деятельности врача-рентгенолога.

Актуальность.

Объект – профессиональная деятельность врача.

Предмет – образовательные технологии в профессиональной деятельности врача-рентгенолога.

Современное общество и условия жизни диктуют повышенные требования к профессиональной деятельности врачей. Профессия врача одна из самых сложных и ответственных, требующая владения колоссальным объемом специализированных знаний, умением применить их на практике и высоких человеческих качеств.

Результаты и их обсуждение. Профессионализм врачей-рентгенологов заключается в способности логически мыслить, владении теоретическими знаниями, обладании практическими умениями [2] и гуманности в общении с пациентом, его родственниками и своими коллегами [7]. Специализированные знания, умения, профессиональные навыки, практический опыт, образовательные технологии, владение техническими средствами, этика, деонтология, нравственная культура, составляют основу профессиональной деятельности врача-рентгенолога [8].

На профессию врача накладывается колоссальная ответственность за жизнь и здоровье пациентов [3]. Степень готовности брать на себя ответственность, способность быстро реагировать в экстренных ситуациях, участвовать в принятии сложных этических решений, грамотно подходить к диагностике патологических состояний и подбору терапии с учетом всех особенностей организма пациента являются отличительными признаками профессиональной деятельности врача [2, 7]. Помимо высоких требований к профессиональным качествам, знаниям и умениям, выдвигаются и высокие требования к личностным качествам: милосердие, альтруизм, высоконравственность, толерантность, отсутствие брезгливости и т.п. [6, 7].

Для соответствия столь высоким идеалам врачу-рентгенологу требуется постоянное совершенствование своего мастерства, теоретических знаний, практических навыков, памяти, клинического мышления, наблюдательности, скорости реакции [3]. В связи с этим, врач-рентгенолог регулярно проходит различного рода специализированные обучения и доказывает свою профессиональную пригодность в компетентных образовательных учреждениях [8].

Подобными учреждениями активно используются разноплановые образовательные технологии: модульные, программированные, личностно-ориентированные, проективные, проблемные, контекстные, активные и дистанционные [3, 5, 9]. Методы образования в деятельности врача-рентгенолога: беседа, лекции, конспектирование, демонстрация, иллюстрация, лабораторные и практические работы [1, 3].

Среди традиционных образовательных технологий, наиболее часто в деятельности врача-рентгенолога используют модульное и программированное обучения, согласно которым подготовка происходит по разработанной схеме, или в соответствии с методическими руководствами. С их помощью врач-рентгенолог получает готовые теоретические знания [2].

Активные образовательные технологии, проходящие в виде деловой игры в большей степени развивают клиническое мышление [1, 2, 3]. Стажировка позволяет непосредственно контактировать с пациентами во время прохождения обучения, что способствует совершенствованию практических навыков.

В последние годы все чаще используется дистанционное обучение в деятельности врача-рентгенолога, что с одной стороны, имеет большое преимущество в возможности проведения онлайн подготовки сквозь большие расстояния [10]. Но, в то же время, дистанционный метод лишает шанса улучшить свои практические навыки и осуществить моментальный контроль за качеством выполняемых манипуляций [9, 5]. Помимо этого, для проведения дистанционного обучения необходима хорошая материально-техническая база [11].

В литературе значительное место в профессиональной деятельности врача-рентгенолога отдается личностным качествам, их формированию и корректировке [6, 7]. В связи с этим, роль образовательных технологий в деятельности врачей заключается не только в обучении, но и в воспитании [6].

В условиях современной тенденции развития высшего медицинского образования действующая система организации и используемые технологии образования требуют пересмотра. В связи с интеграцией в мировое образовательное и медицинское сообщество появилась необходимость создания и внедрения программ по совершенствованию медицины и образования в нашей стране. Данные изменения затронули и студентов, и практикующих врачей [4]. Кроме того, повысилась информированность пациентов о состоянии своего здоровья, методах диагностики и лечения, а также о лечебных учреждениях и их сотрудниках.

До создания новых образовательных технологий в медицине отечественные врачи-рентгенологи совершенствовали свои навыки и умения, повышали свою квалификацию один раз в пять лет [8]. При этом возможность ознакомления с современными инновациями была весьма ограничена. Новые образовательные технологии включают в себя переход на систему аккредитации, согласно которой каждый врач обязан ежегодно подтверждать свою компетентность [4]. Это достигается путем посещения и выступления на научных форумах и конференциях по специальности, посещения курсов повышения квалификации. Проводятся не только межрегиональные, но и международные форумы, во время которых существует возможность обмена новыми знаниями и навыками [8].

Выводы. В структуре профессиональной деятельности врача-рентгенолога выявлены: владение специализированными знаниями, практическими навыками, клиническое мышление, быстрая реакция в чрезвычайных ситуациях, образовательные технологии, владение техническими средствами, гуманность и нравственность.

Определено, что наиболее важная роль среди образовательных технологий в педагогической практике врача-рентгенолога принадлежит технологиям, формирующим клиническое мышление, развивающим практические навыки.

Отмечается положительная тенденция в реорганизации образовательных технологий профессиональной подготовки врачей-рентгенологов. Эти изменения повысят уровень профессионализма врачей-рентгенологов и улучшит качество оказываемой медицинской помощи.

#### Список литературы

1. Гаранина, Р. М. Учебные игры в медицине / Р. М. Гаранина // Проблемы и перспективы развития образования в России. – 2014. - № 25. – С. 23-27.
2. Дебердеев, И. Р. Роль клинического мышления в профессиональной деятельности врача / И. Р. Дебердеев // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. Т. 4. - № 11. – С. 1174.
3. Лонская, Л. В. Информационные технологии как условие успешной подготовки медицинских кадров / Л. В. Лонская, Т. В. Малютина // Современные проблемы науки и образования. – 2016. № 2. – С. 198-205.
4. Морозов, С. П. Школа лучевой диагностики ЕМС – новые образовательные технологии и международный опыт [Электронный ресурс] / С. П. Морозов, И. А. Трофименко, М. М. Дорохова // Russian electronic journal of radiology. – 2015. № 5 (3). – С. 104-109. [www.rejr.ru](http://www.rejr.ru) (дата обращения 20.04.2017).
5. Мукин, В. А. Образовательное пространство: региональный аспект (истоки, реалии, перспективы) : монография / В. А. Мукин. - Чебоксары : Изд-во Чувашского ун-та, 2009 – 163 с. ISBN: 978-5-7677-1413-1.
6. Мукин, В. А. Элитность образования в университетском пространстве / В. А. Мукин // Духовная сфера общества. – 2012. - № 9. – С. 167-171.
7. Савельева, М. В. Психологические аспекты профессиональной деятельности врача / М. В. Савельева // Вестник Университета Российской академии образования. – 2011. № 3. – С. 68-72.
8. Тюрин, И. Е. [и др.]. Новые задачи профессионального образования в подготовке аккредитации рентгенологов / И. Е. Тюрин [и др.] // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2015. - № 5. – С. 53-56.
9. Черемилова, И. А. Педагогика высшей школы : конспект лекций / И. А. Черемилова. – Чебоксары : Изд-во Чувашского ун-та, 2015 – 80 с. ISBN 978-5-7677-2208-2.
10. Ehrmann, S. C. Technology & educational revolution / S.C. Ehrmann // Liberal Education. – 2000. Т. 86. - № 4. – С. 40-49.
11. King, K. P. Educational technology professional development as transformative learning opportunities / King, K. P. // Computers & Education. – 2002. Т. 39. - № 3. – С. 283-297.

#### **СЕКЦИЯ №19.**

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

#### **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)**

**ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК С ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ**

**Синявская О.И.**

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тверь

**Актуальность.**

Формирование здоровья детей и подростков является основной задачей отечественной медицины [1]. В последние годы в России как никогда остро встал вопрос об уровне здоровья подрастающего поколения. Сложная демографическая ситуация в самой России и длительная социально-экономическая и политическая нестабильность на прилегающих территориях привели к значительному потоку лиц, вырванных из привычных этно-культурных и микросоциальных условий [4]. Обращает на себя внимание резкое увеличение притока на территорию Центральной России вынужденных переселенцев из бывших союзных республик. В то же время во многих регионах центральной России наблюдается длительная отрицательная динамика большинства демографических показателей, значительное снижение уровня здоровья детей и подростков [3]. По данным Всероссийской диспансеризации здоровые дети и подростки составляют менее 10 %, в то время как та или иная хроническая патология была зафиксирована более, чем у 75% школьника.

Школьная дезадаптация – это ситуация, когда ребенок оказывается неприспособленным к школьному обучению [2].

По данным Рудь Н.П. и Шитовой Т.Н. (2014) проблема школьной дезадаптации появилась в нашем образовании в середине 90-х годов прошлого столетия [5]. С появлением в штате образовательных учреждений должности психолога удалось определить ведущие причины инфантильности ряда детей – в ее основе лежало их психофизиологическое состояние здоровья ребенка. Сложность адаптации таких детей к коллективному обучению требует индивидуальных подходов, включающих в себя не только индивидуальную работу с психологом, но и значительное снижение учебной нагрузки, проведения комплекса оздоровительных мероприятий

По мнению Челпанова В.Б. (2014) проблема школьной дезадаптации находится на одном из первых мест по значимости среди насущных проблем современного школьного образования в России [6].

С целью выявления возможной соматической причины развития школьной дезадаптации у девочек 12-14 лет нами было проанализированы показатели, характеризующие уровень физического развития ребенка.

**Материалы и методы.**

В ходе исследования использовались следующие социологический, и статистический метод медико-социальных исследований. В основную группу вошли 360 девочек с признаками школьной дезадаптации, в контрольную 360 социально адаптированных девочек. Оценить структуру изучаемых показателей в популяции мы смогли на популяционной выборке, которая составила 1028 девочек 12-14 лет проживающих в г.Твери и посещавших общеобразовательные школы. Для изучения дальнейшего влияния показатели, характеризующие уровень соматического здоровья ребенка на развития процесса социальной дезадаптации мы сформировали группу сравнения из 42 девочек 12-14 лет имеющих эпизоды правонарушений и состоящих на учете в инспекции по делам несовершеннолетних.

Обследование проводилось в естественных условиях, не отклоняясь от привычного для ребенка режима дня и не нарушая организационно-методических мероприятий образовательного учреждения. Для оценки достоверности полученных результатов был использован метод угловых отклонений Фишера.

### **Полученные результаты.**

По нашим данным у девочек основной группы в чаще встречался низкий или высокий уровень физического развития, как по сравнению с контрольной группой, так и по сравнению с популяционной выборкой. Причем, низкий и ниже среднего уровень физического развития у девочек со школьной дезадаптацией встречался в 6,7 раза чаще, чем в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). В то же время необходимо отметить, что каждая пятая девочка из основной группы имела высокий и выше среднего уровень физического развития ( $p < 0,001$ ). Возможно, дисбаланс между индивидуальными физическими данными и среднегрупповыми нормативами выделял девочек основной группы из массы одноклассниц. Доля детей с крайними вариантами физического развития в группе сравнения была значительно ниже, чем в основной группе и приближалась к аналогичным показателями популяционной выборки.

Оценивая гармоничность физического развития обследованных девочек следует отметить, что доля девочек с гармоничным физическим развитием в основной группе была в 1,76 раза меньше, чем в контрольной ( $p < 0,001$ ) и в 1,3 раза меньше, чем в популяционной выборке ( $p < 0,001$ ). Для девочек с признаками школьной дезадаптации было характерно превалирование дисгармоничного физического развития ( $p < 0,05$ ) по сравнению с популяционной выборкой.

Резко дисгармоничное развитие, как крайняя форма нарушения гармоничности физического развития ребенка, встречалось у каждой седьмой девочки с признаками школьной дезадаптации, в то время как в контрольной группе такие девочки почти не встречались.

Следует отметить, что в группе с социальной дезадаптацией (группа сравнения) доля девочек с резко дисгармоничным физическим развитием была близка к среднепопуляционной и была значительно ниже, чем в группе девочек с признаками школьной дезадаптации. В то же время доля девочек с гармоничным физическим развитием в основной группе и в группе сравнения оставалась неизменной.

Рассматривая структуру соматотипа обследованных девочек следует отметить достоверное снижение в основной группе, по сравнению с популяционной выборкой, доли девочек с мезосоматическим соматотипом, за счет увеличения доли лиц с макросоматическим соматотипом ( $p < 0,001$ ). В контрольной группе доля девочек с микросоматическим соматотипом была незначительна – такие девочки встречались в 3,1 раза реже, чем в популяционной выборке ( $p < 0,001$ ).

Сравнивая структуру соматотипа у девочек с признаками школьной дезадаптации (основная группа) и у девочек с признаками социальной дезадаптации (группа сравнения) мы не нашли значимых отличий. Около двух третей обследованных девочек в обеих группах имели мезосоматический соматотип, что так же, соответствует структуре данного показателя в популяционной выборке. В обеих группах, как и в популяционной выборке макросоматический соматотип встречался в 3 и более раз чаще, чем микросоматический, что достоверно отражает современные тенденции соматического развития девочек в подростковом возрасте.

### **Выводы.**

Таким образом, можно сказать, что крайние варианты физического развития ребенка могут быть важны только на начальных этапах нарушения процесса социализации подростка, когда необходимо наличие физического несоответствия средним внутригрупповым показателям у сверстников. Можно предположить, что наличие нехарактерных, для большинства подростков физических параметров (рост, соотношение разных частей тела, соотношение массы тела и роста ребенка) может служить одним из факторов формирования школьной дезадаптации.

### **Список литературы**

1. Гендерные аспекты ценностных ориентиров современных городских подростков 12-16 лет. / Жуков С.В., Дербенев Д.П., Королюк Е.Г., Рыбакова М.В., Петров В.П., Терещук М.К., Семакова Т.В., Шарый Н.В. // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 195.
2. Гордеева О. Первые признаки школьной дезадаптации [Электронный] // режим доступа: <http://www.ya-roditel.ru/parents/base/lecture/56876/> (проверено 28.04.2017)
3. Жуков С.В., Королюк Е.Г., Мищенко С.О. К вопросу о прогнозировании риска формирования функциональных отклонений у подростков. // Вопросы современной педиатрии. 2007. Т. 6. № 5. С. 237.
4. Королюк Е.Г., Калинин М.Н., Жуков С.В. Хронический социальный стресс: этиология и патофизиология. Тверь: РИЦ ТГМА, 2011. 102 с.

5. Рудь Н.П., Шитова Т.Н. Согласно профессиональному долгу // Молодой ученый. 2014. № 12 (71). С. 300-303.
6. Челпанов В.Б. Неблагоприятные функциональные состояния современных школьников // Известия Юго-Западного государственного университета. 2012. № 4-3 (43). С. 243-248.

**СЕКЦИЯ №27.  
ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)**

**СЕКЦИЯ №28.  
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)**

**СЕКЦИЯ №29.  
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)**

**СТЕПЕНЬ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ  
ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ИНБРЕДНЫХ МЫШЕЙ, АДАПТИРОВАННЫХ К БИОГЕОХИМИЧЕСКИМ  
УСЛОВИЯМ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Куюкинова Г.Э.**

ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

На основании разработанного профессором Сусликовым В.Л. эколого-биогеохимического районирования (3) в сравнительном аспекте в двух контрастных биогеохимических субрегионах биосферы Чувашской республики прослежены особенности иммунитета у здоровых лиц; патогенеза, течения болезни, осложнений, причин смерти от туберкулеза (2).

Существенным моментом в изучении особенностей краевой патологии является выявление фактора, имеющего ведущее значение (4). Существенное значение, предопределяющее особенности туберкулеза на территории Чувашской Республики, принадлежит содержанию кремния в пищевой биогеохимической цепи (2). В условиях экспериментального исследования было проведено изучение роли кремния для противотуберкулезного иммунитета. У мышей, получавших рацион с малым количеством кремния, показатели гиперчувствительности *in vivo* и *in vitro* были резко подавлены при очень высоких титрах общих и специфических иммуноглобулинов, тогда как у животных, находившихся на кормах и воде с избытком кремния, иммунологические показатели носили противоположный характер: высокая туберкулиновая чувствительность, активная пролиферация лимфоцитов при незначительно выраженном уровне гуморального иммунитета (1).

При попадании в ткани микобактерий туберкулеза возникает воспаление, которое характеризуется образованием микобактериальной гранулемы.

Целью настоящего исследования было изучение селезеночного индекса, позволяющего судить об уровне гранулематозных поражений в органах, в частности, в селезенке при экспериментальном туберкулезе у инбредных животных, находившихся в условиях недостатка и избытка кремния в кормах и питьевой воде в течение 6 – 8 поколений.

Эксперименты проведены на 72 мышах линии СВА обоего пола, массой 18 –20 г. На размножение были поставлены 2 группы животных. Первая – содержалась на кормах и питьевой воде из Прикубниноцивилского кремнийдефицитного субрегиона (село Янтиково) – группа Я, вторая – из Присурского кремнийизбыточного субрегиона (село Алгаши) – группа А. Третья группа животных Я + Si являлись потомками группы Я, получавших одновременно с заражением туберкулезом рацион из Присурского субрегиона. При проведении химиотерапии группы соответственно получали названия: А + х/т, Я + х/т, Я + х/т + Si. Внутримышечно вводили изониазид из расчета 10 мг/кг, стрептомицин - 25 мг/кг в сутки. Забой животных осуществляли путем дислокации шейных позвонков. Селезенку экспериментальных животных взвешивали. Селезеночный индекс (СИ) определяли по формуле:

$$СИ = \frac{\text{Средняя масса селезенки зараженных мышей}}{\text{Средняя масса селезенки интактных мышей}}$$

Во всех случаях интактные животные были из одноименных групп и того же веса, что и экспериментальные мыши.

Результаты этого исследования (табл. 1) подтверждают, что у животных, получавших корма и питьевую воду с недостатком кремния, развивается генерализованный туберкулезный процесс со значительно более тяжелым как по распространенности, так и по глубине поражения.

Так, селезеночный индекс мышей, получавших кремнийдефицитный рацион, как нелеченных туберкулоstaticами, так и леченных, превышает таковой у животных, получавших избыточное количество кремния в кормах и питьевой воде примерно на 60%.

Таблица 1

Сравнительная оценка селезеночного индекса мышей, получавших рацион из разных биогеохимических субрегионов ( $M \pm m$ ),  $N=72$

Группы	Селезеночный Индекс	p
А	1,6±0,04	
Я	2,6±0,2	<0,0001
Я+Si	1,8±0,1	<0,005
А+х/т	1,2±0,02	
Я+х/т	1,9±0,2	<0,0001
Я+х/т+Si	1,2±0,03	<0,0001

Средние значения селезеночного индекса групп А, Я + Si, А + х/т, Я + х/т + Si демонстрируют, что у животных, получавших рацион с избытком кремния, специфическое воспаление носило более локализованный характер с менее выраженными морфологическими изменениями селезенки – органа, к которому наиболее тропны *Micobacterium tuberculosis*.

Таким образом, результаты экспериментального исследования свидетельствуют о меньшем уровне гранулематозных поражений в селезенке мышей, получавших корма и воду с избытком кремния.

#### Список литературы

1. Акугинова З.Д., Акугинова Г.Э. Иммуитет при экспериментальном туберкулезе у инбредных мышей, выращенных применительно к биогеохимическим условиям биосферы Чувашии // Проблемы туберкулеза. – 1995. - № 2. – С. 55.
2. Акугинова З.Д., Сусликов В.Л., Куюкинова Г.Э., Анисимов И.В., Николаев В.П., Сапожников С.П., Никитина М.И., Илюшин Н.М. Особенности туберкулеза в сходных биогеохимических субрегионах биосферы Чувашии и Якутии // Проблемы туберкулеза. – 1997. – № 2. – С. 24 – 26.
3. Акугинова З.Д., Сусликов В.Л., Куюкинова Г.Э. Кремний и туберкулез // Изучение и использование кремнистых пород Чувашии: Сборник трудов – Чебоксары. - 1998. – С. 76 – 100.
4. Мороз А.М. Иммуногенетические механизмы резистентности к туберкулезу // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1984. – с. 36 - 44.

#### СЕКЦИЯ №30.

#### ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)

## ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ

**Кожевникова Т.Н., Мирошниченко К.П., Брянцева А.В.**

Тульский Государственный Университет, Медицинский институт, кафедра педиатрии, ГУЗ ГКБ №2 имени Лазарева Е.Г., МЦДД, детская поликлиника №1

**Ключевые слова:** противовирусные препараты, ОРВИ у детей, поликлиническая практика.

Актуальность проблемы ОРВИ у детей не вызывает сомнения и определяется, прежде всего, высоким уровнем заболеваемости среди детей всех возрастных групп. По данным Федерального центра Госсанэпиднадзора России в разные годы она составляет от 50 000 до 72 000 случаев на 100 тысяч детского населения до 14 лет. [1]

Особенно часто ОРВИ наблюдаются у детей раннего возраста. Дети первых месяцев жизни болеют редко, поскольку находятся в относительной изоляции и многие из них сохраняют в течение некоторого времени (до 6 мес) пассивный иммунитет, полученный от матери трансплацентарно с IgG. Однако дети первых месяцев жизни также могут болеть ОРВИ, особенно если они попадают в тесный, как правило, семейный, контакт с больными (чаще всего источником возбудителя инфекции служат родители ребенка, его старшие братья и сестры).

Наибольшая заболеваемость респираторными заболеваниями наблюдается среди детей от 2 до 5 лет жизни, что, как правило, связано с посещением ими детских учреждений и значительным увеличением числа контактов с другими детьми. Ребенок, посещающий детский сад, в течение 1-го года может болеть ОРВИ до 10-15 раз, на 2-м году - 5-7 раз, в последующие годы - 3-5 раз в год. Снижение заболеваемости объясняется приобретением специфического иммунитета в результате перенесенных ОРВИ. [2]

В комплексе противоэпидемических мероприятий против гриппа и ОРВИ используют два основных способа предупреждения вирусных заболеваний: специфическая профилактика (вакцинопрофилактика) и неспецифическая защита с использованием препаратов прямого и непрямого противовирусного действия. [3]

Специфическая профилактика осуществляется вакцинами, которые готовятся из актуальных штаммов вирусов А/Н1N1 А/Н3N2 и В, рекомендуемых ежегодно ВОЗ. Для использования в детском возрасте рекомендуются субъединичные и сплит-вакцины. [4]

Основное значение при ОРВИ имеет неспецифическая профилактика препаратами интерферона и индукторов интерферона.

Государственным реестром лекарственных средств из препаратов интерферона- $\alpha$  разрешен к применению только человеческий лейкоцитарный интерферон (интраназально в каплях), а из препаратов интерферона- $\alpha$ -2в – виферон-1 и виферон-2 (в суппозиториях) и гриппферон (интраназально).

Значительно чаще при гриппе и других ОРВИ применяются индукторы интерферона, которые делятся на природные и синтетические. В нашей стране наиболее часто используются такие препараты как амиксин, арбидол, циклоферон, анаферон, кагоцел, эргоферон.

Все указанные препараты не только стимулируют синтез эндогенного интерферона, но и обладают иммуномодулирующим эффектом[5].

Для применения препаратов интерферона и индукторов эндогенного интерферона не требуется нозологической идентификации отдельных форм ОРВИ: они эффективны при любых формах ОРВИ. При этом максимальная терапевтическая эффективность достигается в тех случаях, когда лечение начинается с первых часов заболевания [5]

Для повышения эффективности лечения ОРВИ, осложнённых бактериальной суперинфекцией, отечественными специалистами иммунологами предложено использование бактериальных лизатов, содержащих антигены бактерий, наиболее часто вызывающих респираторные инфекции.[7]

Использование бактериальных лизатов за счёт усиления антибактериальной гуморальной реакции (стимуляции фагоцитоза, повышения продукции интерферона и активации естественных киллеров) ускоряет выздоровление при остром заболевании, предупреждает переход в хроническую форму при затяжном процессе и удлиняет сроки полной и стойкой ремиссии при хронических воспалительных процессах верхних дыхательных путей и бронхов. Вместе с тем бактериальные лизаты обладают умеренным вакцинирующим

эффектом против тех возбудителей, антигены которых входят в их состав. На этом основано применение бактериальных лизатов для профилактики рецидивирующих бактериальных инфекций [6].

В последние годы в комплексе лечебных мероприятий против ОРВИ широко применяются комплексные фитопрепараты, благодаря которым осуществляется комплексное фармакологическое действие – противовирусное, муколитическое и секретолитическое, противовоспалительное, иммуномодулирующее и антимикробное (синупрет, бронхипрет, тонзилгон)[8].

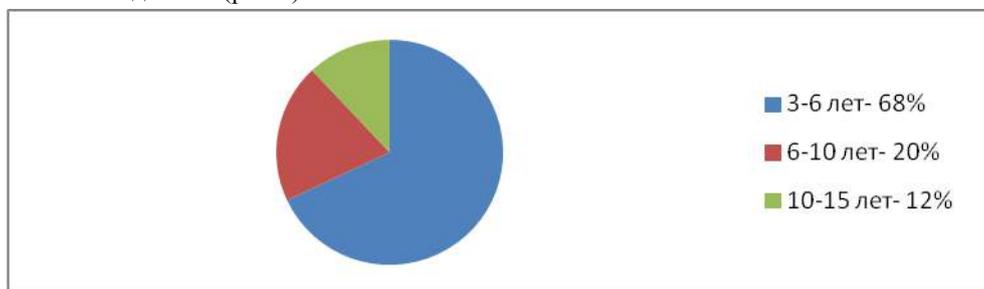
Учитывая вышеизложенное, нами в условиях реальной амбулаторной практики была проанализирована терапия ОРВИ, используемая участковыми врачами педиатрами.

**Цель исследования:** оценить спектр противовирусных препаратов в лечении ОРВИ у детей в условиях реальной амбулаторной практики.

**Материалы и методы:** проведено рандомизированное исследование 90 амбулаторных карт форма №112, детей в возрасте от 3 до 15 лет, получающих лечение по поводу ОРВИ в условиях реальной амбулаторной практики.

**Результаты и обсуждение:**

Анализ амбулаторных карт позволил разделить всех детей на три возрастные группы: от 3-х до 6 лет- 61 ребенок, что составило 68%, с 6 до 10 лет- 18 детей, что составило 20%, от 10 до 15 лет- 11 детей, что составило 12%. Таким образом, большая часть детей, обратившихся в поликлинику по поводу ОРВИ – это дети в возрасте от 3-х до 6 лет(рис.1).



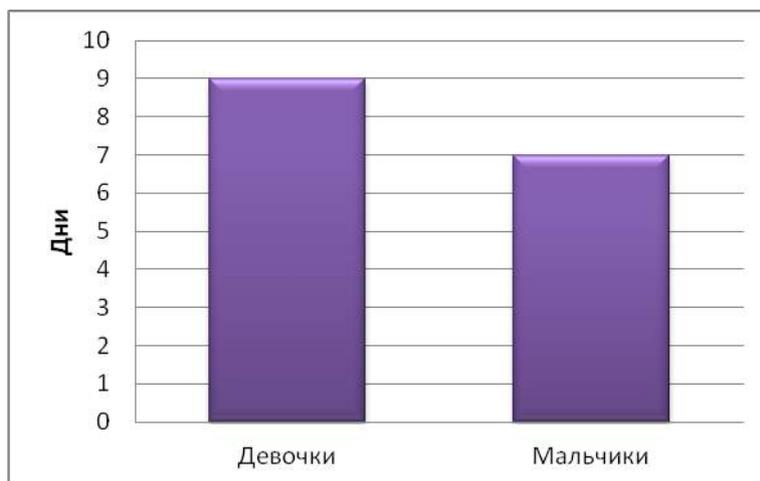
**Рис. 5 Показатели распространенности ОРВИ у детей разных возрастных групп**

Изучение гендерных показателей во всех группах позволило установить, что в первой группе от 3 до 6 лет девочки составили 63%(38 человек), мальчики 37%(23 человека). В группе детей от 6 до 10 лет девочки составили 56%(10 человек), мальчики 44%(8 человек). В группе от 10 до 15 лет девочки составили 64%(7 человек) и мальчики 36%( 4 человека). (рис.2) Таким образом, во всех возрастных группах наиболее часто болели девочки.



**Рис.2 Анализ заболеваемости ОРВИ в разных возрастных группах с учетом гендерных показателей**

Изучение средней продолжительности заболевания во всех группах позволило выяснить некоторые различия. В группе детей от 3-х до 6 лет средняя продолжительность заболевания составила 7.45 +/- 4.03 дней, в группе детей от 6 до 10 лет 7.75 +/- 3.86 дней, в группе детей от 10 до 15 лет средняя продолжительность заболевания была несколько больше и составила 8 +/- 2.16 дней. Учитывая отсутствие выраженных отличий в продолжительности заболевания по группам, в общей группе изучили продолжительность заболевания с учетом гендерных отличий и установили, что девочки болеют дольше в среднем на два дня (девочки 9 дней, а мальчики 7 дней).

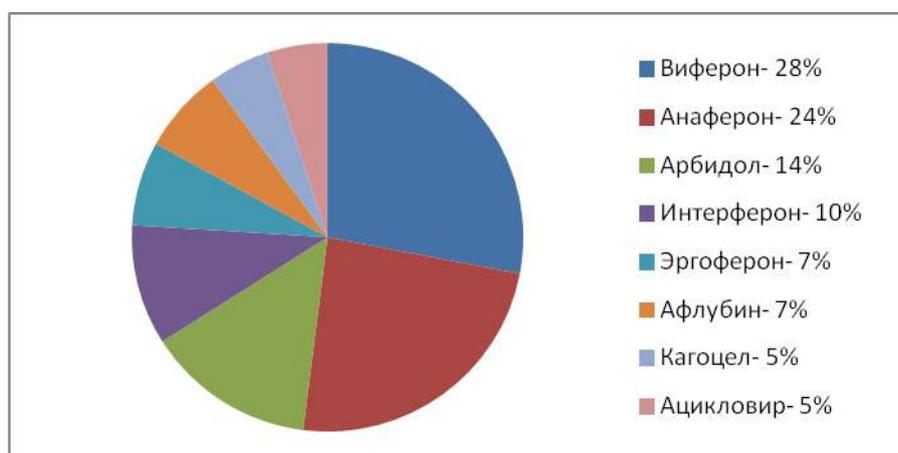


**Рис.3 Средняя продолжительность заболевания ОРВИ у мальчиков и девочек**

Протокол лечения ОРВИ в соответствии со стандартами включал этиотропную, патогенетическую, симптоматическую и иммуностимулирующую терапию. Среди всех лекарственных средств в общей группе детей среди этиотропных препаратов назначали: Виферон – 1 (28%), Интерферон (10%), Эргоферон (7%), Анаферон (24%), Кагоцел (5%), Арбидол (14%), Ацикловир (5%), Афлубин (7%) (рис.3)

Анализ спектра противовирусных препаратов в группах позволил установить, что в группе от 3 до 6 лет наиболее часто использовали Виферон-1 (13%); от 6 до 10 лет- эргоферон (14%), анаферон (14%), арбидол(14%), кагоцел (14%); от 10 до 15 лет- анаферон (14%).

Среди симптоматических препаратов назначали препараты от кашля( амбробене, бромгексин, лазолван), жаропонижающие(парацетамол, нурофен), деконгестанты(виброцил, атривин, називин), бактериальные лизаты местного действия.



**Рис.3 Спектр применения препаратов при лечении ОРВИ у детей(п=90)**

В ходе анализа амбулаторных карт случаев бактериальных осложнений у детей не выявлено, антибактериальная терапия не проводилась.

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

- Большая часть детей, обратившихся в поликлинику по поводу ОРВИ- это дети в возрасте от 3 до 6 лет( 68%);
- Наиболее часто во всех возрастных подгруппах болеют девочки;
- Различия в средней продолжительности лечения ОРВИ в возрастных подгруппах не выявлена;
- Девочки, в отличие от мальчиков, по результатам данного исследования, болеют на два дня больше;
- Анализ спектра противовирусных препаратов в группах позволил установить, что в группе от 3 до 6 лет наиболее часто использовали Виферон-1 (13%); от 6 до 10 лет- эргоферон (14%), анаферон (14%), арбидол(14%), кагоцел (14%); от 10 до 15 лет- анаферон (14%);

- Проводимая терапия, по результатам наблюдения, имела высокую эффективность и наблюдалось полное выздоровление детей.

#### Список литературы и источников

1. Информация Федерального центра Госсанэпиднадзора МЗ РФ: «Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации» за 2013-2015 гг.
2. Инфекционные болезни у детей : учебник / Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Глава 12.
3. Бурцева Е.И. Специфическая профилактика гриппа в условиях современного эпидемического процесса: Автореф. дисс... докт. мед. наук. – М., 2005. – 52 с.
4. Научно-практическая программа "Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика", 2002г, М., руководитель программы Баранов А.А.
5. Государственный реестр лекарственных средств. М.: МЗ и СР РФ.
6. Заплатников А.Л. Иммунопрофилактика и иммунотерапия острых респираторных инфекций у детей // Лечащий врач. 2006. № 9. С. 50-56.
7. Караулов А.В., Ликов В.Ф. Иммуноотерапия респираторных заболеваний // Поликлиника. 2004. № 4. С. 4-9.
8. Гаращенко М.В. (к.м.н.) Фитотерапия в сезонной профилактике острых респираторных вирусных инфекций у детей// Педиатрия" №5, 2012.

#### СЕКЦИЯ №31.

#### ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)

#### МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Чередниченко Т. С., Толстокорова Н. Д.

Ставропольский институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – это образование камней (конкрементов) в желчном желчных протоках и пузыре. Это заболевание известно с глубокой древности, упоминание о нем встречаются в трудах ученых эпохи Возрождения. Развитие анатомии способствовало изучению заболеваний печени и желчного пузыря.

Встречается желчнокаменная болезнь достаточно часто. Чаще всего от неё страдают взрослые люди и особенно часто полные женщины. Частота образования желчных камней увеличивается с возрастом, до 45-50% у женщин старше 80 лет. У мужчин желчные камни встречаются в 3-5 раз реже, у детей – крайне редко.

Желчнокаменная болезнь, является мультифакториальным заболеванием. Основными факторами являются: вредная пища и привычки; некачественная вода; наследственные факторы; малоподвижный образ жизни; нарушение микрофлоры кишечника; стрессы; бесконтрольный прием лекарственных препаратов и т.д. Все факторы, которые приводят к нарушению обмена веществ, особенно – обмена холестерина приводят появлению ЖКБ.

Избыток холестерина образуется вследствие следующих факторов:

- при употреблении в пищу значительного объема холестеринсодержащих продуктов;
- избыточной массе тела;
- при снижении выделяемых желчных кислот (пониженная секреция при эстрогении, полифункциональная недостаточность гепатоцитов, депонирование секрета желчном пузыре);
- при серьезном снижении количества фосфолипидов, которые не дают билирубин и холестерину переходить в твердое агрегатное состояние;
- при застое желчи в желчном пузыре и его протоках (сгущение желчи из-за всасывания желчных кислот и воды).

Застой желчи может быть механическим и функциональным. При механическом существуют препятствия оттоку желчи из пузыря это могут быть опухоли, рубцы, перегибы, спайки, увеличение

близлежащих органов и лимфоузлов, воспаление с отеком стенки, стриктуры и т.д. Функциональные же связаны с расстройством моторики желчного пузыря и протоков (дискинезия желчевыводящих путей).

Помимо этого к развитию ЖКБ могут приводить инфекции в ЖКТ, воспаления органов билиарной системы, различные аллергии, аутоиммунные заболевания и состояния и многое другое.

Желчь это жидкий секрет желтовато-коричневого цвета, выделяемый печёночными клетками (около 500-700 мл в сутки). В состав желчи входят: холестерол и его эфиры, желчные кислоты и пигменты, белки, фосфолипиды, минеральные вещества (ионы  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Cl}^-$ ) и вода.

К образованию камней приводит наличие трех факторов:

- секреция «литогенной» желчи печенью;
- существование центров для последующей кристаллизации;
- застой желчи в желчном пузыре, который обеспечивает условия для роста и укрупнения кристаллов.

Перенасыщение желчи холестерином возникает вследствие повышенной секреции холестерина (при беременности, приеме контрацептивов и гормональных препаратов, ожирении) или при сниженной секреции желчных кислот (при голодании, заболеваниях и резекции кишечника, быстрой потери веса). Секреция холестерина гепатоцитами непосредственно связана с секрецией фосфолипидов и формированием моноламеллярных везикул.

Формированию центров первичной кристаллизации способствуют муцин и прочие гликопротеиды, секретруемые печенью, также возможно, слизистой оболочкой желчного пузыря. Гликопротеиды приводят к ускорению выпадения кристаллов холестерина из желчи. Предотвращают образование кристаллов холестерина антилитогенные факторы, специальные белки

В здоровом желчном пузыре формированию камней препятствует щелочной рН, быстрое удаление кристаллов холестерина и скоплений слизи при опорожнении желчного пузыря не менее 3 раз в день.

В настоящее время выяснено, что синтез желчи в организме является сложным процессом, ведущую роль играет гепатоцит, в нем синтезируются компоненты желчи: холестерин, желчные кислоты и фосфолипиды. Холестерин выделяется в желчь в составе мицелл, образуемых желчными кислотами и фосфолипидными везикулами. Везикулы относительно устойчивы и наряду с мицеллами являются стабилизирующим фактором желчной коллоидной системы. Повышение количества холестерина и уменьшение содержания фосфолипидов и желчных кислот создают условия для образования литогенной желчи и формирования камней.

Реже встречающиеся пигментные камни, которые обычно образуются вследствие нарушения обмена желчных пигментов, гемолиза, у больных циррозом печени и др.

Имеется несколько гипотез о механизме образования пигментных желчных камней. Перечислим основные три из них:

- поражение клеток печени и секреции желчи, которая содержит пигменты аномального строения, быстро выпадающие в осадок;
- выделение желчных пигментов в большом объеме, не способном раствориться в данной желчи;
- превращение экскретируемых пигментов в малорастворимые соединения в результате патологических процессов в желчных путях.

Установлено, что свободный билирубин транспортируется в крови альбумином, затем захватывается гепатоцитами, конъюгируется с глюкуроновой кислотой и экскретируется в желчь в основном в виде соединения диглюкуроната. В настоящее время тонкие механизмы образования пигментных желчных камней при патологии печени пока неизвестны.

Пигментный холелитиаз может развиваться при повышенном поступлении билирубина в желчь, при гемолитической анемии, часть его выпадает в осадок. В этом случае важную роль играют дефекты ферментных систем, в частности билирубин-УДФ-глюкуронилтрансферазы, участвующие в процессе конъюгации билирубина.

В образовании пигментного холелитиаза могут участвовать микроорганизмы, кишечная палочка, выделяющая в окружающую среду бетаглюкуронидазу, которая превращает растворимый конъюгированный билирубин в свободный - нерастворимый. У здоровых людей в желчи этого фермент не находится.

Профилактика ЖКБ заключается в избегании и предотвращении факторов, способствующих повышенной холестеринемии и билирубинемии, застою желчи.

Нормализация массы тела, балансирующее и регулярное питание, ведение активного образа жизни с непрерывными физическими нагрузками позволяют избежать обменных нарушений, а своевременное

выявления и лечение патологий билиарной системы позволяет снизить вероятность застоя желчи и образование. Особое внимание обмену холестерина и состоянию желчевыводящей системы необходимо уделять лицам, имеющим генетическую предрасположенность к камнеобразованию.

Диета при камнях в желчном пузыре играет большую роль в нормализации самочувствия больного — если камни небольшие, расположены в лоханке и не препятствуют выходу желчи, то только лишь придерживаясь вышеуказанных рекомендаций можно сдерживать их рост. Подобное лечение нужно сочетать с приемом иммуномодуляторов, витаминных комплексов, возможно противовоспалительных/антибактериальных препаратов — этот вопрос решается в индивидуальном порядке с каждым больным.

Главной целью диеты при ЖКБ является обеспечение полноценного рациона питания, который содержит нормальное количество белков и углеводов, но несколько ограничен в употреблении жиров, особенно животного происхождения.

Таким образом, достигаются следующие цели:

- химическое снижение нагрузки на печень,
- нормализуется функции и работа желчевыводящих путей,
- предотвращается образование новых конкрементов.

В соответствии с таблицей лечебных столов по Певзнеру диета при ЖКБ относится к столу №5.

Суточное содержание питательных веществ в лечебном столе при ЖКБ:

- белки – 85-90 г, из них около 45-50 г животного происхождения;
- жиры 70-80 г, из них до 30 г растительного происхождения;
- углеводы 300-350 г (не более 70-80 г сахара);
- поваренная соль до 10 г.

Энергетическая ценность лечебного стола составляет 2170-2480 ккал в сутки. Таким образом мы считаем, что использование профилактических мер может предотвратить появление и развитие ЖКБ.

#### **Список литературы**

- 1.Болотовский Г.В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря: Омега, 2007
- 2.Кузин М.И., Шкорб О.С., Кузин Н.М. и др. Хирургические болезни. Учебник. Под ред. М.И. Кузина. – 2 изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2003
- 3.Кучанская А. В. Желчнокаменная болезнь. Современный взгляд на лечение и профилактику: ИГ "Весь", 2007
- 4.Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004
- 5.Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей (Диагностика и лечение). Методическое пособие для врачей. М.: Медпрактика, 2003

#### **СЕКЦИЯ №32.**

##### **ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)**

#### **СЕКЦИЯ №33.**

##### **ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)**

#### **СЕКЦИЯ №34.**

##### **РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)**

## РОЛЬ АНТИТЕЛ К КСАНТИНОКСИДАЗЕ В РАЗВИТИИ НЕФРИТА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Александров А.В.<sup>1</sup>, Шилова Л.Н.<sup>2</sup>, Александрова Н.В.<sup>1</sup>,  
Емельянов Н.И.<sup>2</sup>, Александров В.А.<sup>1</sup>, Емельянова О.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии»,  
г. Волгоград

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра госпитальной  
терапии, г. Волгоград

Активная выработка прооксидантных энзимов, провоцируемая изменениями метаболических процессов, происходящими на клеточном или субклеточном уровнях, способствует интенсификации свободнорадикального окисления и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при системной красной волчанке (СКВ) [3]. Антитела к ферментам антиоксидантной системы (АОС), с одной стороны, могут являться одной из возможных причин их функциональной недостаточности, а с другой стороны антитела к ферментам-прооксидантам, таким как ксантиноксидаза (КО), могут усиливать их действие, вследствие их конформационного изменения [1].

Цель исследования: изучение процессов антителигенеза к КО и выявление связей изучаемых антител с клинико-лабораторными особенностями СКВ.

Материалы и методы.

Под наблюдением находились 60 больных с достоверным диагнозом СКВ (средний возраст  $36,32 \pm 15,27$  лет, средняя продолжительность заболевания  $7,96 \pm 7,35$  лет; женщин – 91,7%) с различными клиническими проявлениями (активность SLEDAI  $8,93 \pm 5,74$ ; активность ECLAM  $5,30 \pm 2,79$ ; индекс повреждения SLICC/ACR  $1,95 \pm 1,71$ ). Абсолютное большинство больных получали кортикостероиды, медиана дозы (в пересчете на преднизолон) составляла 20 мг/сут. Поражение почек было крайне разнообразно и выявлялось у 24 (40%) больных СКВ. У подавляющего большинства (15 человек) волчаночный нефрит развился в течение первых 6 лет от начала заболевания, у 12% больных поражение почек было первым проявлением СКВ. Разнообразная почечная патология варьировала от стойкой невыраженной протеинурии и микрогематурии до быстро прогрессирующего гломерулонефрита.

В контрольную группу вошли 30 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 40 лет (20 женщин и 10 мужчин), прошедших обычное медицинское обследование. Средний возраст лиц контрольной группы составил  $26,0 \pm 5,6$  лет.

Для определения антител к КО (анти-КО) в сыворотке крови использовали традиционный вариант иммуноферментного анализа (ИФА), а также разработанный нами вариант ИФА с применением антигенных наносистем (АНС). АНС, полученные методом эмульсионной полимеризации в потоке газообразного азота, представляли собой двойные полиакриламидные микрогранулы размером 10-100 мкм с иммобилизованным в их структуру антигеном (КО). В качестве антигена использовали коммерческий препарат ксантиноксидазы (ЕС 1.1.3.22; «Sigma», Cat. № X 2252).

Результаты и обсуждение.

При применении ELISA-теста с использованием АНС повышенные уровни анти-КО были отмечены у 53,3% больных СКВ. При обследовании больных СКВ по сравнению со здоровыми лицами обнаружено увеличение содержания анти-КО (M(SD): 0,131 (0,083) против 0,032 (0,022),  $p < 0,001$ ; дисперсионный анализ в варианте с неравными дисперсиями). У больных с низкой активностью СКВ анти-КО не выявлялись, в то время как у больных с умеренной активностью анти-КО определялись у 59% пациентов, а при высокой активности – у 71% больных СКВ.

Была отмечена положительная корреляция уровня анти-КО со значениями индекса SLEDAI ( $r=0,322$ ,  $p=0,016$ ), индекса ECLAM ( $r=0,331$ ,  $p=0,013$ ), уровнем ЦИК ( $r=0,297$ ,  $p=0,024$ ), а также обратная корреляция с уровнем гемоглобина ( $r=-0,286$ ,  $p=0,042$ ), числом лимфоцитов ( $r=-0,29$ ,  $p=0,033$ ) и тромбоцитов ( $r=-0,308$ ,  $p=0,028$ ) крови. Полученные результаты могут свидетельствовать о непосредственном воздействии данных аутоантител на клетки крови. Кроме того, уровень анти-КО обнаруживал отрицательную корреляцию умеренной силы с биохимической активностью ксантиноксидазы в сыворотке крови больных СКВ.

Сравнение между собой групп больных СКВ, позитивных и негативных по наличию анти-КО, продемонстрировало статистически достоверное увеличение частоты выявления признаков поражения почек (28,3% против 11,7%;  $p=0,032$ ).

Наряду с этим у пациентов с признаками поражения почек в сравнении со всей группой больных СКВ были отмечены более низкие значения активности ксантиндегидрогеназы (КДГ, D-форма фермента) ( $4,88\pm 1,19$  и  $6,73\pm 1,52$ , соответственно;  $p<0,001$ ) и повышенный уровень анти-КО ( $0,218\pm 0,084$  и  $0,151\pm 0,062$ , соответственно;  $p=0,014$ ). Высокий уровень анти-КО у больных с клинико-лабораторными признаками поражения почек сочетался с увеличением коэффициента КО/КДГ (с поражением –  $2,46\pm 1,81$ , без поражения –  $1,70\pm 0,68$ ,  $p=0,039$ ). Обнаруженные особенности, вероятно, отражают процесс разрушения клеток почечной ткани, выхода КО (O-форма фермента) в кровеносное русло, активного антителообразования к данному ферменту и усиления процессов трансформации КДГ в КО.

Нефропатия является одним из самых грозных осложнений основного заболевания, так как влечет за собой, как правило, развитие почечной недостаточности [4]. Учитывая, что при поражении почек при СКВ происходят значительные изменения пуринового метаболизма, нарушение почечной экскреции мочевой кислоты может приводить к выраженной гиперурикемии и образованию кристаллов уратов, имеющих сродство к протеогликанам хряща, синовию и сосудов, что обеспечивает в дальнейшем их непосредственное поражение.

Диагностические трудности вызывают, как правило, больные с поражением почек без иммунологических и морфологических признаков СКВ в первые годы заболевания [2]. Поэтому, совместное определение активности КО, КДГ и антител к ксантинооксидазе в качестве дополнительных диагностических критериев может дать дополнительную информацию при разграничении отдельных клинических форм СКВ.

Выводы.

Изменение энзиматической активности КО, отмечаемое в сыворотке крови больных СКВ, может быть связано не только с влиянием окислительных процессов и метаболических нарушений, но также и с гиперпродукцией антител к данному энзиму. Изучение клинических корреляций анти-КО позволяет улучшить диагностические подходы и детализировать роль данных антител в повреждении почек при СКВ.

#### Список литературы

1. Александров А.В., Алехина И.В., Александрова Н.В., Ненашева Н.В., Емельянова О.И., Емельянов Н.И. Роль антител к ксантинооксидазе в диагностике системной красной волчанки с лабораторными признаками антифосфолипидного синдрома // В сборнике: Основные проблемы в современной медицине. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – 2015. – С. 171-173.
2. Александров А.В., Алехина И.Ю., Шилова Л.Н., Александрова Н.В., Ненашева Н.В., Емельянов Н.И., Мозговая Е.Э., Александров В.А., Емельянова О.И. Новые возможности использования антител к ксантинооксидазе и гуаниндезаминазе для выделения клинико-иммунологических вариантов системной красной волчанки // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 3.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24616> (дата обращения: 13.04.2017).
3. Зборовская И.А., Рогаткина Т.Ф., Мякишев М.В., Мартемьянов В.Ф., Стажаров М.Ю., Бедина С.А., Мозговая Е.Э. Активность антиоксидантных энзимов в лимфоцитах, эритроцитах и плазме крови больных системной красной волчанкой // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=11161> (дата обращения: 13.04.2017).
4. Краснова Т.Н. Поражение почек при системной красной волчанке: современные представления о патогенезе, клинике, подходы к лечению // Современная ревматология. 2008; 2(3): 18-21. DOI:10.14412/1996-7012-2008-483.

#### **СЕКЦИЯ №35.**

#### **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)**

#### **СЕКЦИЯ №36.**

#### **СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)**

## СЕКЦИЯ №37.

### СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРЯЗЕВОГО ПРЕПАРАТА «БИОЛЬ» В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Бабушкина Н.С., Пушкова Т.Н., Краснова Е.А.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Медицинская академия  
им. С.И. Георгиевского кафедра детской стоматологии, г. Симферополь

В последние годы все больше внимания уделяется разработке и внедрению мер профилактики и лечения кариеса зубов и тканей пародонта, действие которых заключается в повышении неспецифической резистентности макроорганизма. [3].

Представляет большой интерес лечение данной патологии с помощью грязелечения. Лечебные грязи обладают бактерицидным эффектом, который реализуется за счет высокой минерализации рапы. Грязевые процедуры оказывают иммунорегулирующее действие на организм.

Состав грязевого препарата «Биоль» соответствует химическому составу рапы Сакского озера, препарат содержит комплекс минеральных солей, присутствующих в целебной грязи, микроэлементы, активные органические вещества и биогенные стимуляторы в высокой концентрации (до 180 г/л). Раствор лечебной грязи представляет собой прозрачную, слегка опалесцирующую бесцветную жидкость с высоким содержанием натрия, магния, хлоридов и сульфатов [1].

Противовоспалительные и десенсибилизирующие свойства, способность стимулировать обменные и восстановительные процессы, бактерицидные и другие целебные качества лечебных грязей обусловили достаточно широкое применение пелоидотерапии в стоматологической практике [2,4,5].

Клинические исследования лечебных грязей выявили выраженное биохимическое действие препарата на организм человека, проявляющееся в стимулировании тканевых регенеративно-репаративных процессов; реализации болеутоляющих, противовоспалительных и антисептических свойств, благотворном влиянии на течение энергетического метаболизма и обмена веществ [4,6].

К сожалению, до настоящего времени патогенетические особенности развития кариеса у детей, проживающих в условиях влияния антропогенно измененной окружающей среды, остаются недостаточно изученными [3].

Таким образом, проведение клинического исследования эффективности применения пелоид-электрофореза препарата «Биоль» является актуальной задачей.

**Целью** исследования явилось изучение показателей стоматологического статуса детей, проживающих в экологически загрязненных территориях и внедрение профилактического комплекса для коррекции влияния антропогенной нагрузки, с использованием природных факторов.

**Материалы и методы.** В настоящем диссертационном исследовании приняли участие дети в возрасте 12 лет. Данная возрастная группа является наиболее важной в эпидемиологическом плане – именно по уровню распространенности кариеса у двенадцатилетних детей эксперты ВОЗ оценивают состояние стоматологического здоровья детского населения, а также эффективность профилактических программ. Исходя из этих данных, в разработанный лечебно-профилактический комплекс были включены препараты с антиоксидантной и реминерализующей активностью, а также методы, повышающие адаптационный потенциал организма. При выборе данных препаратов мы исходили из особенностей общеклинических и клинико-лабораторных проявлений основного заболевания, учитывали межлекарственное взаимодействие, возможности местного применения экстракта лечебных грязей с помощью электрофореза.

Кроме того, в подростковом возрасте происходят сложные процессы гормональной перестройки, активируются процессы роста, что повышает чувствительность детей к действию экзогенных факторов.

В состав лечебно-профилактического комплекса был включен электрофорез с раствором лечебной грязи «Биоль» в разведении 1:2 двоярным (биполярным) электродом при плотности тока 0,02-0,07 мА/см<sup>2</sup> с учетом субъективных ощущений пациента при длительности процедуры 15-20 минут. На курс отводилось от 10 до 20 процедур (ежедневно или через день). проведения в течении 10 дней электрофореза биполярным

электродом с адаптогеном, содержащим комплекс минеральных солей «Биоль» ( патент № u200903128). Учитывая тот факт, что грязевой препарат «Биоль» является сложным химическим раствором, содержащим набор различных анионов и катионов, активными будут являться оба электрода, т.е. ионы этого препарата должны вводиться с двух полюсов [1]. Возможно также применение реверсивной полярности или чередование сеансов с изменением полярности. Поиск оптимальной технологической схемы применения пелоид-электрофореза с препаратом «Биоль» представляет интересную практическую задачу, так как от этого зависит клинический эффект метода.

**Полученные результаты.** Клинические исследования проводились через полгода, через год и через 2 года. Кроме показателей распространенности и интенсивности кариеса достоверным показателем эффективности проведения профилактических мероприятий является показатель редукции кариеса. За первые 6 месяцев после начала применения лечебно-профилактического комплекса прирост интенсивности кариеса зубов в основной группе не превышал 0,1 (СОР=0,25 (0,11-0,37)).

С увеличением продолжительности применения разработанного комплекса различия между группами сравнения увеличивались: через год прирост кариеса постоянных зубов у детей, отнесенных к основной группе был в 1,5 раза меньше, чем в группе сравнения №1 (контрольной), а через 2 года - в два раза меньше, чем в группе контроля.

Таким образом, протективный эффект лечебно-профилактического комплекса имел кумулятивный характер, в результате чего редукция кариеса зубов по приросту КПУ<sub>П</sub> за 2 года составила 51,9 %.

**Выводы.** Обобщая результаты проведенного исследования, можно сделать выводы о высокой лечебно-профилактической эффективности комплекса содержащего препараты как с адаптогенными свойствами, так и остеотропные и антисептические компоненты, включая электрофорез с раствором лечебной грязи. Регулярное назначение курсов этого комплекса дополнительно к базовому лечению кариеса приводит к стабильному повышению минерализующей функции ротовой жидкости.

Кроме того, предлагаемый комплекс эффективно и на длительный период повышает активность антимикробной защиты и антиоксидантной системы ротовой полости. В результате в полости рта наблюдаемых детей отмечено резкое снижение роста и размножения условно-патогенной микрофлоры, а также интенсивности ПОЛ.

В целом установленные изменения могут позитивно отразиться на процессе редукции кариеса и существенно снизить кариесогенную ситуацию в полости рта детей, проживающих в геохимической зоне с антропогенной нагрузкой.

### Список литературы

1. Абдулаева В.В. Изучение антимикробной активности грязевых препаратов Сакской грязи серии «Биоль», применяемых в лечении заболеваний пародонта / В.В.Абдулаева, А.Ю.Каретникова // Крым. мед. ун-т им. С.И. Георгиевского: матер.77-й науч.-практ. конф. — Симферополь, 2005. — С.104-105.
2. Данилова Т.В. Пелоидотерапия хронического катарального гингивита у детей / Т.В. Данилова // Cathedra. — 2006. — Т. 5, № 4. — С. 54 – 56.
3. Деньга О.В. Адаптационная концепция в стоматологии детского возраста / О.В. Деньга // Вестник стоматологии. — 2000. — №4. — С. 2-5.
4. Научно-методическое пособие по внекурортному грязелечению и бальнеокосметологии / под ред. проф. Лободы М.В.- Саки.- 2003.- С.13-14.
5. Райда А.И. Эффективность комплексной терапии пародонтита, включающего ультрафонофорез жидкой фракции лечебной грязи / А.И. Райда // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2000. — №5. — С. 26-27.
6. Улащик В.С. Вопросы интерференции лечебных физических факторов и лекарственных средств / В.С. Улащик // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2004. — №4. — С.3-9.

# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ

Ванченко Н.Б., Гарус Я.Н., Лысенко Л.И., Маковецкая В.Д.

Кафедра терапевтической стоматологии Ставропольский государственный медицинский университет

Решение проблемы сокращения сроков консервативного лечения периодонтитов является актуальным, т.к. пациенты с различными формами периодонтитов составляют 35% от общего числа посещений [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Длительность лечения обусловлена сроками регенерации очага деструкции периапикальных тканей и поэтому поиск новых препаратов, активно воздействующих на патологический очаг весьма актуален.

В нашей работе мы использовали мазь «Левосин», оказывающая противомикробное, местноанестезирующее, противовоспалительное и регенеративное действие. Мазь активна к грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам и анаэробам. Легко проникает вглубь тканей, транспортируя связанные с полиэтиленгликолем левомицетин и сульфадиметоксин, обладая высокой гидратационной активностью, мазь в краткие сроки обеспечивает ликвидацию перифокального отека и очищение раны от гнойно-некротического содержимого. Входящий в состав Левосина метилурацил ускоряет заживление ран, стимулирует клеточные факторы защиты, тримекаин оказывает местноанестезирующий эффект. Левосин не накапливается в тканях и не имеет местно-раздражающих свойств.

**Цель исследования:** оценить эффективность применения мази «Левосин» в комплексном лечении хронических форм периодонтитов.

**Материал и методы.** Лечение проводилось у 46 пациентов в возрасте 18 – 50 лет с хроническими деструктивными формами периодонтитов, которые были разделены на две группы в зависимости от метода лечения: 1-ая группа – 26 пациентов – эндодонтическое лечение проводилось с использованием мази «Левосин», 2 – группа – 20 пациентов – лечение было проведено традиционным способом.

Во всех случаях проводилась тщательная механическая (метод Step Back) и антисептическая обработка корневых каналов, применялся для удаления некротизированного дентина р-р ЭДТА и 3% р-р гипохлорита натрия.

В 1-й группе в корневом канале на турунде оставляли «Левосин» под герметичную повязку, а во 2-й группе зуб оставляли открытым до прекращения экссудации, а после медикаментозной обработки корневых каналов 1% р-м хлоргексидина биглюконата, в обеих группах корневые каналы временно пломбировались пастой. На основе гидроксида кальция с незначительным выведением пасты за верхушку корня. Пасту оставляли в каналах на 2-4 недели в зависимости от размеров периапикального очага, при необходимости проводили замену препарата. Постоянное пломбирование корневых каналов проводилось с применением гуттаперчевых штифтов и силлера.

**Результаты исследования.** Ближайшие результаты оценивали через 7 – 10 дней после временного пломбирования корневых каналов и наложения временной пломбы на основании выявления жалоб и объективных данных.

В 1-й группе после первых суток наложения герметичной повязки с Левосином только 1 пациент предъявил жалобы на болезненность при накусывании, которая впоследствии самостоятельно прошла.

Во 2-й группе после временной obturации корневых каналов жалобы предъявлялись: 10 пациентов – боль при накусывании, 4 пациента – гиперемия и отек по переходной складке.

Отдаленные результаты наблюдались через 3, 6, 12 месяцев после проведенного лечения и оценивались по следующим критериям: наличие жалоб, признаки воспаления, восстановление функций периодонта. Рентгенологическое исследование проводилось через 6 и 12 месяцев после окончания лечения.

Через 6 месяцев на рентгенограмме наблюдалось начало восстановления структуры периапикальной ткани в первоначальном очаге воспаления, что подтвердилось при контрольном осмотре через 12 месяцев.

**Выводы.** Применение препарата «Левосин» в комплексном лечении деструктивных форм периодонтитов купирует воспалительный процесс и сокращает сроки лечения периодонтитов.

## Список литературы

1. Комплексное лечение хронических деструктивных периодонтитов с применением гомеопатического препарата Соловьева О.А., Шамсадова С.А., Хубаев Т.С.С., Ульбашев О.Б.Т.А.А.Б.

- В сборнике: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ. Сборник научных трудов по итогам международной научно – практической конференции. 2015. С. 154 – 155.
2. Метод эндодонтического лечения периодонтита зубов. Соловьева О.А., Винниченко Ю.А., Караков К.Г., Суетенков Д.Е., Вестник медицинского стоматологического института. 2015. №3. С. 9-11.
- 3.Эффективность комплексного лечения хронических форм периодонтитов Соловьева О.А., Айбазова М.С.У., Мхитарян А.К., Псеунова Э.А., Салпагарова А.Д. В сборнике: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. Сборник научных трудов по итогам международной научно – практической конференции. ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ. 2014. С. 135 – 136.
- 4.Лечение острых и обострившихся хронических периодонтитов с использованием лазерного излучения (света). Соловьева О.А. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУВПО «Ставропольская государственная медицинская академия». Ставрополь, 2006.
5. Комплексное лечение верхушечных периодонтитов Соловьева О.А., Ванченко Н.Б., Ибрагимова Ю.В., Рябкина К.Н., Каракотова Ф.Р. В сборнике: Актуальные вопросы и перспективы развития медицины сборник научных трудов по итогам III международной научно-практической конференции. 2016. С. 148 – 150.
6. Современный подход к лечению апикального периодонтита. Соловьева О.А., Лавриненко В.И., Ванченко Н.Б., Псеунова Э.А., Салпагарова А.Д., Ерзинкян К.Г. В сборнике: НОВОЕ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ СТОМАЛОГИИ. Материалы XV Форума ученых Юга России в рамках научной конференции. 2016. С. 148 – 152.

## О МОДЕЛИРОВАНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В ЗУБОЧЕЛЮСТНОМ СЕГМЕНТЕ

**Дорохова В.Д., Яковлева В.С.**

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Воспалительные заболевания пародонта являются не только общемедицинской, но и социальной проблемой. В возрастной группе от 35 лет и старше, количество лиц с признаками поражения тканей пародонта достигает 100 %, что приводит социальной дезадаптации, ухудшая качество жизни. В настоящее время стоматологи рассматривают три этиопатогенетические составляющие воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта. Одна из них - общее состояние здоровья пациента. По частоте упоминания в научных изданиях лидирует инфекционный фактор. Третья составляющая, оказывающая влияние на состояние тканей пародонта – окклюзионная нагрузка, стимулирующая обменные процессы в костной ткани при выраженных апроксимальных контактах. В случае наличия дефекта целостности зубного ряда, окклюзионная нагрузка инициирует развитие напряжённо-деформированного состояния (НДС).

Анализ НДС предусматривает определение напряжений и перемещений во всех частях системы при различных условиях описания изучаемой системы, что приводит к необходимости рассмотрения 3D краевой задачи, моделирующей процессы контактных напряжений в области зуба, ограничивающего дефект целостности зубного дуги.

Составными частями зубочелюстного сегмента являются: зуб, периодонтальная щель с коллагеновыми волокнами, кортикальная пластинка, костное вещество, слизистая оболочка. Архитектура исследуемой области достаточно сложна, что ориентирует на точное математическое описание поверхностей, с помощью которых задаются геометрические формы исследуемой модели. Определение геометрических размеров и механических характеристик всех структурных составляющих твердотельной модели предусматривает обработку данных томограммы пациента. Только с использованием компьютерного моделирования возможен индивидуальный подход к диагностике и составлению плана лечения, что достигается путём детального изучения модели биологического прототипа. При этом важно установить как геометрию зоны возможного воспалительно-дистрофического процесса, так и уметь отслеживать динамику течения заболевания, что приводит к необходимости оперативно изменять входную информацию краевой задачи. Кроме этого, следует учитывать, что механические свойства пародонта в области зуба, ограничивающего дефект целостности зубного ряда, могут значительно отличаться от свойств пародонта зуба, находящегося в сегменте зубной дуги с выраженными апроксимальными контактами [1].

На состояние исследуемой системы влияют различные комбинации нагрузок, возможная их цикличность. Упругая деформация периодонта происходит только до возникновения контакта между соприкасающимися поверхностями. Представление периодонта только с упругими свойствами не позволяет учитывать гидравлические свойства кровеносных сосудов [2].

В рассматриваемом процессе зуб подвергается возмущающим воздействиям. В результате механической нагрузки происходит прогрессирующая атрофия костной ткани, и выявление такой зоны может быть целью исследования. Необходимые заключения можно получить при моделировании всей совокупности процессов, в которые попадает зубочелюстная система при заболевании пародонта. Особенности геометрии и индивидуальность развития процесса исследования - рассматривать как задачу в трехмерной постановке.

Очень часто исследование трехмерных краевых задач теории упругости сводится к рассмотрению лишь тел специальных конфигураций, что определялось возможностями методов классической теории упругости. Современные средства математики позволяют строить теорию трехмерных задач в виде, позволяющем доводить процедуру решения до численной реализации при определенных, но общих условиях. При этом важно обеспечить поиск эффективных алгоритмов численных расчетов, получаемых краевых задач.

Исследуемая проблема приводит к гранично-контактной задаче общего вида для неоднородных упругих тел. Неоднородная среда тела содержит конечное число включений, часть из которых представляют упругие среды, каждая со своими постоянными Ламе, а другая часть является пустотелой. Изучение гранично-контактных задач для подобных сред связано с определенными математическими трудностями. Сложность постановки данной краевой задачи требует, тем не менее, конструирования решения в таком виде, который не затруднял бы анализ рассматриваемой ситуации. Достичь такого результата можно с помощью одного из распространенных средств – приближать искомую функцию с помощью совокупности других функций, свойства которых хорошо изучены и достаточно просты. Искомое решение рассматриваемой краевой задачи предлагается искать по бессеточной схеме на основе использования атомарных радиальных базисных функций. Построение приближенного решения осуществляется в виде линейной комбинации сдвигов атомарной функции, которая порождена дифференциальным оператором Лапласа [3]. Атомарная функция является бесконечно дифференцируемым финитным решением функционально-дифференциального уравнения специального вида

Процедура решения базируется на алгоритмах приближенного удовлетворения дифференциальным уравнениям (коллокации) и приближенному удовлетворению граничным условиям (их интерполяции) на граничных поверхностях. Практическая реализация описанного подхода еще требует от авторов определенных усилий в преодолении трудностей, связанных с подготовкой данных для постановки задачи, математического описания геометрии областей, задание физических констант и др. Однако выбранная схема решения проблемы моделирования заболевания пародонта позволяет надеяться на получение необходимых для анализа болезни результатов.

### Список литературы

1. Цимбалистов А.В., Копытов А.А. Гидродинамический отклик пародонта при различной степени устойчивости зубов. Институт стоматологии. 2015. № 1 (66). С. 44-45.
2. Цимбалистов А.В., Копытов А.А. Визуализация обратной фильтрации биологической жидкости в периодонтальном пространстве. Институт стоматологии. 2014. № 3 (64). С. 55-57.
3. Колодяжный В.М., Рвачев В.М. Атомарные функции трех переменных, инвариантные относительно группы вращения. Кибернетика и системный анализ. 2006. Т. 40, № 6.

## О РОЛИ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Дорохова В.Д., Яковлева В.С.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

Основной площадкой, поддерживающей информационно-коммуникативное пространство молодёжных групп, является Интернет [1]. В последнее время стало престижно размещать свои визуализации в социальных сетях и на основании оценок, даваемых виртуальными друзьями, молодые люди составляют мнение о собственном организме и степени его соответствия виртуально-модельным требованиям [2]. Отсутствие, или малое количество одобрений со стороны виртуальных друзей, создаёт навязчивую мотивацию (в особенности девочек и девушек) к изменению собственного облика, что может привести к развитию нервной анорексии.

Согласно работам, способность больного восстанавливать информационно-коммуникативный потенциал, находясь в одном социальном окружении (на смоделированном стоматологическом приёме), позволяет прогнозировать повышение информационно-коммуникативного потенциала в другом социальном окружении (например, в стационаре) [3].

Цель исследования: оценка влияния информационно-коммуникативного пространства стоматологического кабинета на реабилитацию лиц, страдающих нервной анорексией.

Материалы и методы. К исследованию привлекли 138 лиц женского пола в возрасте от 12 до 25 лет с индексом массы тела –  $17,5 \text{ кг/м}^2$  или ниже. Из них сформированы две группы. В первую вошли 74 участницы (53,62%), воспитывавшиеся в неполных семьях, во вторую - 64 (46,38%) из полных семей. Контрольная группа была сформирована из 40 учащихся 15-25 лет, длительное время имеющих массу тела не более чем на 10% ниже нормы, воспитывавшихся в полных семьях.

После получения соответствующего разрешения от лечащего врача больные доставлялись (приглашались) в пародонтологический кабинет Межрегионального центра стоматологических инноваций медицинского института НИУ «БелГУ». Во время первого посещения участницам, при наличии медицинских показаний, проводили профессиональную чистку зубов и накладывали повязки, содержащие фитопрепараты. Если необходимость не определялась, ограничивались наложением повязки. На приёме моделировалась ситуация 20 минутного ожидания, во время которого студент-стоматолог, объясняя свои действия наличием в учебном плане соответствующего задания, проводил беседу, напрямую не затрагивая тему нарушения пищевого поведения. При этом в процессе беседы делался акцент на занятия студентом-лектором игровыми видами спорта и на вопросы восстановления организма с учётом сбалансированного питания. Двадцатиминутная беседа проводилась в комнате ожидания приёма, приспособленной для проведения видеопрезентаций и иных составляющих, применяющихся в ходе достижения информированного согласия со стоматологическими больными. Весь информационно-коммуникационный цикл состоял из пяти посещений.

Оценка динамики функционального состояния ЦНС проводилась через день после посещения стоматологического кабинета, на основании простой зрительной моторной реакции (ПЗМР) на свет с помощью прибора УПФТ-1/30 «Психофизиолог». При выполнении теста оценивалось время ответной реакции на 76 последовательных стимулов. Динамика функционального состояния ЦНС оценивалась на основании среднего времени ответной реакции, количестве ошибок упреждения, количестве ошибок запаздывания. Время ПЗМР у здоровых лиц составляет 140-160 мс.

Результаты исследования. Как правило, больные, страдающие анорексией, не нуждались в проведении профессиональной гигиены полости рта. Динамика отклика ЦНС на проводимые процедуры представлена в таблице 1.

Таблица 1. Динамика изменения данных простой зрительной моторной реакции

Квалифицирующие показатели		Больные из неполных семей	Больные из полных семей	Контрольная группа
Среднее время ответной реакции	Исходные данные	219,5±27,4	226,1±24,3	184,4±19,2
	После пятой лекции	207,1±33,0 (↓ на 5,64%)	211,8±24,2 (↓ на 6,32%)	170,8±23,5 (↓ на 7,37%)

Кол-во ошибок упреждения	Исходные данные	1,2±0,6	1,3±0,4	12,1±3,3
	После пятой лекции	6,7±1,4 (пятикратное увеличение)	6,9±1,9 (пятикратное увеличение)	10,6 ±8,4 (↓на 12,3%)
Кол-во ошибок запаздывания	Исходные данные	19,8±8,2	15,5±7,4	17,0±4,8
	После пятой лекции	9,7±3,9 (↓ на 48,9%)	8,1±3,8 (↓ на 52,3%)	9,5±3,5 (↓ на 55,8%)

#### Выводы

1. На этапе реабилитации больных страдающих анорексией качественный состав семьи не имеет решающего значения.
2. Сокращение среднего времени ответной реакции на 5,64 – 7,37 % в испытуемых и контрольной группах является следствием тренируемости участниц наблюдения.
3. Пятикратное увеличение количества ошибок упреждения в испытуемых группах свидетельствует о повышении функционального состояния ЦНС, что позволяет считать этот показатель квалифицирующим при реабилитации больных, страдающих анорексией.
4. Положительная динамика функционального состояния ЦНС у больных, страдающих анорексией, проявившаяся на фоне информационно-коммуникационного воздействия, имеющего целью демонстрацию целесообразности физиологического приёма пищи, можно считать эффективным инструментом профилактики и реабилитации.

#### Список литературы

1. Копытов А.А. Разработка управленческих механизмов формирования и контроля над информационно-коммуникативным пространством современного вуза. Теория и практика общественного развития. 2013. № 9. С. 69-72.
2. Копытов А.А. Способ определения устойчивости и эффективности функционирования информационно-коммуникативного пространства современного вуза. Теория и практика общественного развития. 2013. № 8. С. 89-91.
3. Сидоров П.И. Служба ментального здоровья Экология человека. 2014. № 8. С. 44-56.

### ВЫЯВЛЕНИЕ ВЕДУЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ( НА ПРИМЕРЕ Г. СТАВРОПОЛЯ)

**Мхитарян А.К., Григоренко П.А., Бражникова А.Н., Варуха А.П.**

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь  
Кафедра организации стоматологической помощи, менеджмента и профилактики  
стоматологических заболеваний

Актуальность. Снижение качества «стоматологического здоровья» у детей школьного возраста является одной из важных государственных социальных задач [4]. Исследования, проводимые ранее (Агранович Н.В., Мхитарян А.К., 2012г.) доказывают, что распространенность основных стоматологических заболеваний среди школьников свыше 70% и изучение их распространенности приобретает особую актуальность [1,3].

Цель работы - выявление ведущих стоматологических заболеваний у детей школьного возраста проживающих в г. Ставрополе, хоть раз обратившихся за стоматологической помощью.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в городской детской стоматологической поликлинике г. Ставрополя. В ходе работы был проведен ретроспективный анализ состояния зубов и пародонта у 300 пациентов детского населения в период с 2013 по 2015 годы. Сведения о состоянии стоматологического здоровья пациентов были получены в результате выкопировки данных из 300 медицинских карт стоматологических больных (ф.№043/у).

Результаты и выводы. Проведенная сравнительная оценка характера стоматологической патологии у школьников показала, что в 2013 - 2015 гг. ведущей в структуре стоматологических заболеваний была патология твердых тканей зубов и осложнения кариеса (до 54,06% и 16,87%), несмотря на высокую доступность стоматологической помощи.

**Характеристика структуры патологии, потребовавшей стоматологической помощи в городской детской стоматологической поликлинике г. Ставрополя в 2013-2015г. (%)**

Год	Нуждаются в санации	Нозологическими формы					Итого
		Кариес	Осложненный кариес	Некариозные поражения	Заболевания слизистой оболочки	Болезни пародонта	
2013-2015	7827	54,06	16,87	9,84	10,69	8,54	100,0

Остаются высокими показатели заболеваний пародонта (до 8,54%), болезней слизистой оболочки полости рта (до 10,69%). Вместе с тем, несмотря на широкую распространенность патологии пародонта, обращаемость пациентов за медицинской помощью остается сравнительно невысокой. Это определяется как низкой медицинской, санитарно-гигиенической грамотностью и активностью населения, так и недостатками в организации стоматологической помощи, что связано с рядом объективных факторов социального и экономического характера [1,2].

Из этого следует необходимость профилактики стоматологических заболеваний общепризнанной, поэтому всем детям, 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. Обращать особое внимание на качество ухода за полостью рта, показывать различные способы и методы ухода за полостью рта.

Выводы. В профилактике стоматологических заболеваний основная роль должна отводиться деятельности детских стоматологов при обязательном участии отделов народного образования, санитарно-эпидемиологической службы, домов санитарно-просветительской работы, женских консультаций, детских поликлиник, дошкольных детских учреждений и школ.

**Список литературы**

1. Бражникова А.Н., Гаража С.Н., Шилова С.Г., Гришилова Е.Н. Роль эргономики в работе врача-стоматолога и профилактики профессиональных заболеваний. Актуальные вопросы клинической стоматологии Сборник научных работ – Ставрополь, 2015. С. 58-60.
2. Доменюк Д.А., Карслиева А.Г., Ведешина Э.Г., Кочконян А.С., Бражникова А.Н., Готлиб А.О. Совершенствование диагностики аномалий и деформаций у детей в период сменного прикуса. Актуальные вопросы клинической стоматологии Сборник научных работ. 2015. С. 109-112.
3. Мхитарян А.К., Агранович Н.В. Оценка критериев повышения оказываемой стоматологической помощи жителям ставропольского края/ «Современные проблемы науки и образования» – 2014. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/120-15562> (дата обращения: 24.11.2014).
4. Мхитарян А.К., Агранович Н.В., Касимова Г.В., Мордасов Н.А. Сравнительный анализ степени обеспеченности стоматологической помощью детей дошкольного возраста г. Ставрополя и Ставропольского края./Новое в теории и практике стоматологии. Материалы XV форума учёных Юга России в рамках научной конференции сборник научных работ: Ставрополь, 2016г.

**СЕКЦИЯ №38.**

**СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)**

**СЕКЦИЯ №39.**

**ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)**

## СЕКЦИЯ №40.

### ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)

#### АНАЛИЗ НЕОБХОДИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ТРАВМАХ ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Сизякин Д.В., Дударев И.В., Суяров Д.А., Суярова Е.Д.,  
Петров К.В., Пугачев В.Г.

МБУЗ "Городская больница № 1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону", г. Ростов-на-Дону

**Введение:** Повреждения области голеностопного сустава является одной из наиболее распространенных травматолого-ортопедических проблем как в игровых видах спорта, так и в структуре травматизма в целом.

В результате форсированного движения стопы за пределом амплитуды нормальной подвижности происходит, в зависимости от величины нагрузки и состояния капсульно-связочного аппарата и костной ткани, как повреждение связочного аппарата, так и переломы костей области голеностопного сустава и стопы. При повреждении пассивных структур голеностопного сустава можно выделить: в 70-90% случаев повреждение латеральной группы связок голеностопного сустава, повреждение медиальной группы связок, и высокое повреждение КСА (или High ankle sprain) – изолированное повреждение структур межберцового синдесмоза – не более 0,5% случаев. Частота переломов лодыжек составляет около 187 на 100000 человек в год, т.е. около 2 тыс. в год в городе с населением в 1 миллион жителей. Из них до 60-70 % это переломы наружной лодыжки, 15-20 % двухлодыжечные переломы и 7-10 % трехлодыжечные. Также к травмам в результате форсированной супинации и флексии стопы относится перелом основания 5 плюсневой кости, а также перелом ладьевидной кости.

Среди бытовой и уличной травмы повреждения данной локализации составляют до 10% от числа обращений граждан (по данным анализа травматизма 2014-2016гг в городе Ростове-на-Дону), принимая во внимания что до 30-40% граждан с травмами области голеностопного сустава не обращаются за помощью – доля повреждений данной локализация значительно выше. Травмы области голеностопного сустава составляют от 15 до 35% от числа всех травм в футболе (в зависимости от возраста и класса лиги).

Большинство пациентов при обращении в травмпункты подвергаются рентгенологическому исследованию, однако доля костных повреждений не превышает 20% от общего числа острых травм области голеностопного сустава. При условии применения универсальной оценочной шкалы, позволяющей определить тех пациентов проведение Р-графического исследования которым не показано, можно значительно уменьшить частоту данного исследования.

**Цель исследования:** Данное исследование направлено на изучение возможности применения универсальной оценочной шкалы (Ottawa Ankle Rule), для определения пациентов, из числа обратившихся за помощью по поводу острой травмы области голеностопного сустава, которым показано проведение Р-графического исследования.

**Материалы и методы:** на базе «Городской больницы №1 им. Н.А. Семашко» г. Ростова-на-Дону, было выполнено проспективное исследование случаев обращения пациентов по поводу острой травмы области голеностопного сустава и среднего отдела стопы в период с 08.2016 по 03.2017 г. В исследование было включено 385 пациентов: 230 мужчины и 155 женщины, возраст от 18 до 65 лет, механизм травмы - форсированная супинации или пронации стопы. В качестве универсальной оценочной шкалы необходимости проведения Р-исследования применялась Ottawa Ankle Rule (OAR- «правило Оттава голеностопного сустава»). Правило Оттава предложено в 1992 году, и обладает чувствительность 100% для значимых переломов лодыжек и 98% для значимых переломов средней части стопы.

OAR предполагает выполнение Р-графического исследования голеностопного сустава при наличии боли в области лодыжек в сочетании с хотя бы одним из критериев:

- боль по задне-латеральной поверхности малоберцовой кости на протяжении 6 см проксимальней нижней точки латеральной лодыжки и\или
- боль по задне-медиальной поверхности большеберцовой кости на 6см проксимальней нижней точки медиальной лодыжки и\или
- неспособность нагрузки весом сразу после травмы и\или
- неспособность сделать хотя бы четыре шага в лечебном учреждении;

Р-графия стопы показана при болях в среднем отделе стопы в сочетании с хотя бы одним из критериев:

- боль в области основания V плюсневой кости и\или
- в области ладьевидной кости и\или
- неспособность нагрузки весом сразу после травмы и\или
- неспособность сделать хотя бы четыре шага в лечебном учреждении.

В нашем исследовании все 385 пациентов были исследованы клинически и всем были выполнены Р-снимки, с параллельным заполнением шкал OAR, и дальнейшим анализом эффективности применения данной шкалы, т.е. количество наличия переломов и «+» оценке, отсутствие переломов и «+» оценке, и количество переломов при «-» оценке.

**Результаты:** из 385 пациентов 301 имели повреждения капсульно-связочного аппарата I-II степеней; 84 имели костные повреждения: 54 переломы лодыжек, 29 переломы основания V плюсневой кости; у 1 пациента авульсивный перелом ладьевидной кости. В соответствии с результатами оценки показаний к рентгенографии OAR составлена таблица:

Кол-во переломов	84
Кол-во поврежденных капсульно-связочного аппарата	301
Кол-во показания к Р-графии по OAR	289
Наличие переломов при наличии показаний к Р-графии по шкале OAR	80
Отсутствие переломов при наличии показаний к Р-графии по шкале OAR	209
Наличие перелома при отсутствии показаний к Р-графии по шкале OAR	4

В 4х случаях имелось наличие перелома при отсутствии показаний к Р-графии по шкале OAR, из них в 2х случаях имелись краевые авульсивные переломы верхушки наружной лодыжки с величиной фрагмента около 1,5-2 мм, в 3м случае у пациента имелась сопутствующая двухсторонняя нейропатия обеих нижних конечностей по типу «носков», в 4м случае пациент находился в состоянии значительной алкогольной интоксикации. Число «ложных срабатываний» 209. Наличие показаний к Р-графии по OAR около 75% от сделанных.

**Выводы:** применение универсальной оценочной шкалы OAR (Ottawa Ankle Rule) в клинической практике оценки пациентов, нуждающихся в Р-графическом исследовании допустимо и обеспечивает выявление костной патологии при острых травмах области голеностопного сустава, однако может быть ненадежным при оценке пациентов с нарушением чувствительности и в состоянии интоксикации. Применение данной шкалы могло бы до 25% уменьшить количество Р-снимков, а, следовательно, уменьшить лучевую нагрузку на персонал и пациентов, время пребывания пациента в лечебном учреждении, а также снизить расходы медицинских учреждений.

### Список литературы

- 1.Травматология и ортопедия /Руководство для врачей. В 3-х томах /под ред. Шапошника Ю.Г.- М.: «Медицина», 1997
- 2.Травматология: национальное руководство / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 808 с.
- 3.Fong DT, Hong Y, Chan LK, Yung PS, Chan KM. A systematic review on ankle injury and ankle sprain in sports. Sports Med. 2007;37(1):73–94
- 4.Green W. Netter`s Orthopaedics. / Green W. et. All. – Saunders, N.Y., 2006.- 512 p.
- 5.Martin RL, Davenport TE, Paulseth S, Wukich DK, Godges JJ, Orthopaedic Section American Physical Therapy Association Ankle stability and movement coordination impairments: ankle ligament sprains. J Orthop Sports Phys Ther. 2013;43(9):A1–A40
- 6.McGovern R., Martin R. Managing ankle ligament sprains and tears: current opinion. Open Access J Sports Med. 2016; 7: 33–42.
- 7.Moreira V., Antunes F.2008. Ankle sprains: from diagnosis to management. the physiatric view. Acta Med Port (in Portuguese) 21 (3): 285–9
- 8.Petersen W, Rembitzki IV, Koppenburg AG, et al. Treatment of acute ankle ligament injuries: a systematic review. Arch Orthop Trauma Surg. 2013;133(8):1129–1141.
- 9.Stiell I, Mcknight R, Greenberg, Gh. Ottawa ankle Rules for Ankle Injury Radiography. JAMA. 1994;271:827-832.

**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)**

**РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ ОТДАЛЕННЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Аринчев Р.С.**

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава России, г. Тверь

**Актуальность.** Бурное развитие современной науки, за короткий промежуток времени, качественно повысило диагностические возможности медицины. Повсеместное внедрение высокотехнологических диагностических методик, прецизионная операционная техника, появление возможности выхаживания пациента привели к тому, что значительно повысилась выживаемость ранее некурабельных пациентов. Современные врачи стали чаще сталкиваться с ранее неизвестными системными заболеваниями и патологическими состояниями, скрывавшимися за маской обычных осложнений. Одним из таких состояний является дисплазия соединительной ткани [5].

Существуют две основных группы соединительно-тканых дисплазий: и недифференцированные соединительнотканые дисплазии. Наиболее полно и подробно изучены дифференцированные формы дисплазии – к ним относятся синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса, несовершенный остеогенез и др. [2]. В настоящее время существуют достаточно подробно разработанные алгоритмы диагностики, ведения и стабилизации таких больных.

Однако вторая группа – недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани изучены достаточно слабо, что объясняется их разнородностью и стертой клинической симптоматики. Зарубежные ученые, для описания этих больных чаще используют термин «гипермобильный синдром» (M35.7 в МКБ-10). В отечественной медицине чаще используется термин «дисплазия соединительной ткани» под которым подразумевают только недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани, при этом в России все формы дисплазии соединительной ткани объединяют термином «Наследственными нарушениями соединительной ткани» [4].

В то же время встречаются и другие варианты обозначения недифференцированной формы дисплазии соединительной ткани – это «соединительнотканная дисплазия», «врожденная соединительнотканная недостаточность», «недифференцированная наследственная коллагенопатия» у терапевтов, педиатров и у хирургов; соединительнотканная дисплазия сердца и MASS-фенотип – у кардиологов. В последние годы термин "MASS-фенотип", активно внедряемый Т. И. Кадуриной находит признание у большой группы специалистов терапевтического и хирургического профиля [2].

Актуальность проблемы ведения больных, имеющих признаки дисплазии соединительной ткани до настоящего времени обусловлена высокой частотой обращения к врачу детей и взрослых с нарушениями различных органов и систем на фоне внешних и внутренних (висцеральных) фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани. Наличие дисплазии соединительной ткани значительно ухудшает прогноз течения сопутствующих хронических заболеваний [1, 3].

**Цель** исследования – изучить роль дисплазии соединительной ткани в развитии отдаленных осложнений у хирургических больных.

**Материалы и методы.** В ходе исследования проводилась выкопировка данных из медицинской документации с последующей статистической обработкой. Исследования проводились на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тверской государственной медицинской академии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В период с 2015 по 2017 гг. под нашим наблюдением находилось 317 пациентов, перенесших хирургическое вмешательство в детском или в подростковом возрасте 10 лет назад. Нами было отобрано 281 пациент, у которых удалось отследить катамнез через 1 год, 5 лет и 10 лет после операции. Основную группу составили 142 пациента, у которых было выявлено наличие признаков дисплазии соединительной ткани. В контрольную группу вошли 139 пациентов, не имевших признаков дисплазии соединительной ткани.

Объем выборки был рассчитан по формуле А.М.Меркова- Л.Е.Полякова (1974). Распространенность явления (наличие отдаленных осложнений у пациентов, проходивших хирургическое лечение 10 лет назад) составила 61% (61 на 1000 населения данной возрастной группы – 18-27 лет). Минимальный объем выборки, рассчитанный по формуле А.М.Меркова- Л.Е.Полякова (1974) составил 138 пациентов. Для оценки достоверности полученных результатов был использован метод угловых отклонений Фишера.

#### **Полученные результаты.**

У обследованных нами хирургических больных с дисплазией соединительной ткани были выявлены следующие нозологические формы: острая гнойная хирургическая патология - 33,09 %, ожоги - 11,03 %, ранения мягких тканей и органов - 15,31 %, хирургическая патология, требующая планового вмешательства - 24,55 %, патология костно-мышечной системы - 16,02 %.

Учитывая разнородность хирургической патологии у обследованных пациентов, мы постарались объединить все данные клинико-anamnestического и объективного обследования в группы усредненных симптомов. Кроме того, сравнение полученных данных проводилось с эталонным, усредненным для данной патологии значением того или иного показателя, что позволило выявить малозаметные на первый взгляд изменения клинической картины у пациентов с дисплазией соединительной ткани.

Анализируя данные протоколов операций обследованных пациентов мы выявили достоверную тенденцию увеличения длительности оперативного вмешательства у пациентов основной группы. Для упрощения обобщенного анализа временных интервалов мы приняли среднюю длительность оперативного вмешательства у пациентов из контрольной группы за 100%. Это позволило уйти от абсолютных значений длительности оперативного вмешательства, зачастую несопоставимых друг с другом, к относительным величинам, показывающим, насколько изменилась длительность операции, относительно усредненного значения для укрупненной нозологической группы. По нашим данным усредненная длительность оперативного вмешательства у пациентов с дисплазией соединительной ткани на 23,32% выше, чем в обычной ситуации. У пациентов с острой гнойной хирургической патологией средняя длительность операции составляла 123,02% от усредненного значения в контрольной группе, минимальная длительность операции составляла 96,54%, а максимальная - 127,37% от усредненного значения в контрольной группе. Следует отметить, что у ожоговых больных изменение длительности операции выявлено не было - средняя длительность операции составляла 99,34%, минимальная длительность операции - 89,73%, а максимальная - 108,77%. Средняя длительность операции при ранениях мягких тканей и органов, сочетанных с дисплазией соединительной ткани составляла 112,47%, минимальная длительность операции не превышала 74% от усредненного значения в контрольной группе, в то время, как максимальная длительность операции увеличилась двукратно и составила 211,46% от усредненного значения в контрольной группе.

При плановых оперативных вмешательствах средняя длительность операции была увеличена на 126,77%, при этом минимальная длительность операции составила 99,55%, а максимальная длительность операции составила 154,61% от усредненной длительности оперативного вмешательства в контрольной группе. Наибольшее удлинение времени операции было отмечено у пациентов с патологией костно-мышечной системы. В данной укрупненной нозологической группе средняя длительность операции составляла 154,98% от усредненной длительности оперативного вмешательства в контрольной группе, при этом минимальная длительность операции увеличилась до 114,42%, а максимальная длительность операции до 254,66% относительно усредненной длительности оперативного вмешательства у пациентов, не имевших признаков дисплазии соединительной ткани.

**Вывод.** Распространенность отдаленных осложнений после хирургического лечения составляет 61%0 (для данной возрастной группы – 18-27 лет). Развитие осложнений (рецидив заболевания, болевой синдром, косметический дефект, нарушение или выпадение функции, снижение качества жизни пациента) в 2,37 раза чаще встречается у пациентов с дисплазией соединительной ткани ( $p < 0,001$ ). Наличие дисплазии соединительной ткани значительно усложняет оперативное вмешательство и ведет к удлинению как сроков самой операции, так и к увеличению стоимости лечения пациента в целом.

### Список литературы

1. Дисплазия соединительной ткани как фактор риска осложненного течения хирургических заболеваний коленного сустава у детей / Мурга В.В., Крестьяшин В.М., Рассказов Л.В., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Иванов Ю.Н., Жуков С.В. // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. Т. 11. № 2-2. С. 338-340.
2. Кадурина, Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей. - СПб.: Элби-СПб, 2009. -704 с.
3. Качество жизни пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани через десять лет после хирургического лечения / Мурга В.В., Иванов Ю.Н., Аринчев Р.С., Рыбакова М.В., Жуков С.В. // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 2. С. 314-317.
4. Крестьяшин И. В. Современные критерии отбора пациентов для успешной современной работы хирургического и анестезиологического звена в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии // Детская хирургия. -2015. -Т. 19, № 3. -С. 40-43.
5. Региональные особенности медико-демографических процессов в Тверской области. / Королюк Е.Г., Жуков С.В., Акопов Э.С. Рыбакова М.В., Петров В.П., Степанова Ю.Е., Зайцева А.В.//Вестник новых медицинских технологий (электронный журнал). 2014. № 2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4768.pdf> (дата обращения: 27.04.2017).

## АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО NIGUS В УСЛОВИЯХ ОКБ НА СТ. УЛАН-УДЭ ОАО РЖД

Елезова А.А

ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет», медицинский институт,  
кафедра факультетской хирургии, г. Улан-Удэ.

**Резюме:** Проанализированы оперативные вмешательства при паховых грыжах различных вариантов в условиях хирургического отделения за 4 года. Оценен опыт применения предбрюшинной герниопластики по методу Nigus. Проведен сравнительный анализ с методом Bassini. Выявлены основные преимущества способа Nigus.

**Актуальность.** Паховые грыжи являются одной из широко распространенных хирургических патологий, требующих оперативного лечения. Несмотря на достаточно широкий арсенал методов хирургических операций, отдаленные результаты оперативного лечения паховых грыж окончательно не удовлетворяют хирургов и остаются еще не решенными. Заболеваемость остается стабильно высокой и составляет 14 на 1000 населения в возрасте от 25-54 лет, достигая 53 на 1000 в возрасте от 55-64 .[1]

Заслуженную популярность приобрела методика Lichtenstein I.L. (США), опубликованная им в 1989 году, суть которой заключается в формировании задней стенки пахового канала при помощи сетчатого аллотрансплантата фиксацией его по периметру пахового промежутка передним доступом. [3]

Метод герниопластики по Nyhus, предложенный в 1959 году подразумевает под собой **предбрюшинный доступ** к грыжевому мешку, что позволяет достоверно осмотреть области выхода грыжи, иметь хирургический доступ непосредственно к шейке грыжевого мешка и выше, что не достигается из переднего доступа. Кроме того, данный доступ позволяет достаточно широко произвести ревизию брюшной полости, что важно при ущемленных грыжах, при необходимости произвести резекцию ущемленных некротизированных участков органов брюшной полости. Выделение и резекция грыжевого мешка производится максимально высоко, при этом при косых паховых грыжах семенной канатик и культи грыжевого мешка, которая за счет эластичности брюшины уходит вверх и медиально разъединяются, и

культя грыжевого мешка оказывается на 3-5 см. вне проекции глубокого пахового кольца, что максимально уменьшает возможность рецидива грыжи по «косому» варианту. Операции при рецидивных паховых грыжах, ранее произведенных из переднего доступа, из предбрюшинного доступа позволяют избежать манипуляций с рубцовыми тканями паховой области, что значительно уменьшает травматичность вмешательства. Анатомическое расположение нервов пахово-подвздошной области позволяет минимизировать риск их повреждения именно из предбрюшинного доступа.[2]

**Цель:** Оценить опыт применения способа герниопластики по Nigus в условиях хирургического отделения ОКБ на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» в период с 2012-2016 гг.

**Задачи:**

Изучить данные историй заболевания паховыми грыжами в период с 2012-2016 гг;

Распределить данные по следующим критериям: пол, возраст, давность грыженосительства, рецидивы грыж, осложнения;

Сравнить результаты лечения паховых грыж по Nigus и Бассини;

Сделать вывод о значимости способа герниопластики по Nigus.

**Материалы и методы исследования:**

За период с 2012 по 2016 г. проанализировано 160 случаев паховой грыжи у пациентов, оперированных на базе хирургического отделения ОКБ ОАО «РЖД» на ст. Улан-Удэ

Из них 120 больных (117 мужчин и 3 женщины), оперированных по способу преперитонеальной герниопластики. Возраст больных был от 45 до 65 лет, в среднем  $54 \pm 3$  года. 39 больных (33 мужчин и 6 женщин) с паховыми грыжами, оперированные способом Бассини. Возраст больных от 22 до 83 лет, в среднем  $56 \pm 2$  года.

В большинстве случаев, вмешательства проводились под спинальной анестезией, швы снимались на 7-10 сут., наблюдалось первичное заживление. Использовалась сетка фирмы «Линтекс», «Ультрапро». Срок пребывания больных в стационаре после преперитонеальной герниопластики в среднем составил  $3,8 \pm 1,24$  суток, операции по Бассини –  $7 \pm 2,5$  суток.

Все осложнения, связанные с перенесенной герниопластикой, мы подразделяли на интраоперационные, ранние местные (раневые). Интраоперационных осложнений в обеих группах выявлено не было.

В структуре ранних осложнений выявлены нагноение, инфильтрат, гематома и невралгии. Ранние местные раневые осложнения после преперитонеальной герниопластики составили 4,2%; после операции Бассини они оказались несколько больше – 6,1%.

Выявлены 5 случаев с рецидивами после пластики грыжевых ворот по Бассини, 2- по Nigus, 1- по Постемпскому, 1- по Кукуджанову.

Выявлен самый продолжительный срок грыженосительства у пациентов с большими пахово-мошоночными и рецидивными грыжами, который составляет около 6-8 лет, это важно в возникновении рецидивов грыж.

**Выводы:**

Таким образом, представлен довольно большой опыт применения мышечно-апоневротической пластики по Nuhus в условиях хирургического отделения. Следует отметить, что осложнений практически не встречалось, рецидивы были единичными.

В сравнении с многочисленными другими способами герниопластики, предложенными в последнее время по сути описанный способ сходен принципом расположения и укрепления сетки с методом лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной пластики, набирающем все большее число сторонников. Однако, этот метод может быть ограничен необходимостью применения эндотрахеального наркоза, ранее перенесенными операциями на брюшной полости у пациента, необходимостью высокой квалификацией хирурга и наличием соответствующего дорогостоящего оборудования, что позволяет применять его в центральных клиниках. В то же время способ предбрюшинной пластики из доступа по Nuhus при паховых грыжах может быть реализован хирургами региональных медицинских учреждений и не требует дополнительных затрат и специальной подготовки.

### Список литературы

- 1) Бушнин С. С., Кропачева Е. И., Качалов С. Н. Современные методы лечения паховых грыж // Дальневосточный медицинский журнал. 2009. №1 С.114-118.

- 2) Егиев Е.Н., Лядов К.В., Воскресенский П. К., Рудакова М. Н. Атлас оперативной хирургии грыж. – М. Медпрактика-М. – 2003, 228с.
- 3) Савченко Ю. П., Лакомский И. Ю., Зезарахова М. Д., Пузанов А. П. Пластика паховой грыжи по Лихтенштейну // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. №7 С.134-135.

## ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

**Обыденникова Т.Н., Верхозин В.Д., Усов В.В., Крапивная И.Т.**

Владивостокский государственный медицинский университет, Дальневосточный федеральный университет, Дальневосточный окружной медицинский центр ФМБА России, г. Владивосток

Острый панкреатит (ОП) является актуальной проблемой неотложной хирургии. В структуре заболеваний «острого живота» он занимает третье место и составляет 5-10% от общего числа пациентов хирургического профиля, в 15-20% при этом развиваются деструктивные формы заболевания, а инфицирование деструктивных очагов поджелудочной железы (ПЖ) наблюдаются у 40-70% больных [2]. Общая летальность заболевших ОП составляет 0,5%, при развитии мелкоочаговых некротических поражений поджелудочной железы 10%, крупноочаговых – 15-50%, а в случае развития гнойно-септических осложнений летальность составляет 80% [5].

Острый панкреатит – это первоначально асептическое воспаление поджелудочной железы, при котором возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем [3. 4].

Этиологические факторы, приводящие к развитию ОП, разделяются на пять основных причин: патология билиарного тракта, токсические состояния (алкоголь и др.), травмы, заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), нарушения метаболизма. Все эти причины приводят к трём повреждающим факторам: механическому (нарушение эвакуации панкреатического секрета), нейрогуморальному, токсическому (появление эндо- и экзогенных токсических метаболитов различной природы) [1].

Целью нашего исследования явилось обобщение опыта лечения 496 пациентов с различными формами ОП с 2009 по 2015гг. (2009 - 114; 2010 - 51; 2011- 52; 2012 - 58; 2013 - 60; 2014 – 97; 2015 - 64).

Патология билиарного тракта выявлена у 195 больных (38,8%), токсическое воздействие (приём алкогольсодержащих продуктов и др.) отмечен у 257 (52%), другие причины у 44 больных (8,8%).

Нетяжёлые формы острого панкреатита наблюдали у 276 пациентов (75,5%), лечение, которым проводили согласно принятым клиническим протоколам и национальным рекомендациям, состояло из обеспечения функционального покоя поджелудочной железе, желудку, двенадцатиперстной кишке, печени, желчному пузырю; детоксикации организма, купирования спазма гладкой мускулатуры органов ЖКТ, купирования болевого синдрома. Базисную терапию усиливали антисекреторной и антиферментной терапией в первые трое суток. Летальных исходов в этой группе больных не было.

Тяжёлые формы ОП с развитием деструктивных изменений в поджелудочной железе диагностированы у 122 пациентов (24,5%). Диагностический алгоритм включал в себя - исследование анамнестических данных, характерных клинических проявлений.

Целью лабораторного и инструментального методов исследования являлось установление размеров, объёма и степени повреждения ПЖ, окружающих тканей и органов, а также степени выраженности эндотоксикоза (эндотоксического шока), системных нарушений жизненно важных органов (СВР), определения прогноза тяжести ОП. При ультразвуковом исследовании ПЖ определяли наличие снижения эхогенности, четкости контуров поджелудочной железы, наличия свободной жидкости в брюшной полости. Применение ультразвуковой доплерографии ПЖ позволяло более точно определить степень необратимых некротических изменений и определить тяжесть ОП. В случаях развития парапанкреатических повреждений органов брюшной полости ультразвуковое исследование дополняли компьютерной томографией (КТ), магнитно-резонансной томографией (МРТ). Всем больным проводили фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), рентгенографию органов грудной клетки. Динамическая объективная оценка тяжести состояния больных проводилась с помощью интегральной шкалы RAMSON, исследованием уровня амилазы, липазы, ЛДГ, С-реактивного протеина, уровня прокальцитонина, уровня лейкоцитов ( $>16 \times 10^9/\text{л}$ ), глюкозы ( $>11$  ммоль/л), АСТ ( $>250$ МЕ), повышение уровня азота мочевины  $>10$  ммоль/л, снижение гематокрита  $<10$  и кальция  $<2$  мг/л. В клинике применяется экспресс метод определения состояния микроциркуляции с помощью портативного аппарата «Устройство для конъюнктивальной микроскопии» (патент №58020 на полезную

модель). Эти исследования помогают не только определить степень тяжести поражения микроциркуляторного русла, но и мониторировать эффективность лечебных мероприятий. Комплексная схема лечения деструктивного панкреатита представлена в таблице 1.

Таблица 1

**Комплексная схема обследования и лечения больных с острым тяжелым панкреатитом (дополнительно к базовым мероприятиям)**

<p>УЗ – диагностика (в динамике) УЗ-доплерография ПЖ (в динамике) КТ, МРТ Лапароскопия в динамике с санацией и дренированием Экспресс-диагностика микроциркуляторного русла</p>	<p>Тяжелое течение – лечение в отделении интенсивной терапии Респираторная поддержка Ингибирование секреторной функции поджелудочной железы (сандостатин, квамател, лосек) Препараты, улучшающие реологические свойства крови Инфузионно-трансфузионная терапия (40 мл/кг) с форсированием диуреза Гистопротекция (контрикал) Профилактика ДВС-синдрома При дуктогенном панкреатите – вирсунгопластика, извлечение конкрементов Антибактериальная терапия: фторхинолоны II-III поколения, цефалоспорины III-IV поколения. Иммунокоррекция: пентаглобин Нутриционная поддержка Профилактика образования острых язв ЖКТ</p>
---	---

Хирургическое лечение

Всего оперировано - 29 больных. Лапароскопический метод применён у 6 больных с лечебно-диагностической целью в IV фазу ОП. У этих больных диагностический этап был завершён эвакуацией агрессивного экссудата, санацией и дренированием брюшной полости.

Во II (поздней) фазе ОП после развития гнойно-некротических осложнений по поводу гнойного оментита лапароскопическим методом оперировано 4 пациентов, осуществляли санацию и дренирование полости малого сальника и парапанкреатической клетчатки.

Лапаротомия была выполнена у 21 больного, с последующим проведением промывного дренирования парапанкреатических пространств брюшной полости и забрюшинного пространства.

Запланированная релапаротомия с целью динамической санации брюшной полости при развитии гнойного перитонита выполнена у 5 больных. Дренирование забрюшинного пространства люмбальным доступом проведено у 4 больных.

Средняя продолжительность лечения до операции в этой группе составила 3,9 дней, в послеоперационном периоде - 30,2 дней. Летальность в группе больных с тяжёлым течением ОП составила - 3,2%, а в группе оперированных по поводу гнойно-некротических осложнений - 13,8%.

Выводы:

1. Диагностика и лечение тяжёлых форм ОП по-прежнему остаётся сложной задачей в ургентной абдоминальной хирургии.
2. Лечение деструктивных форм ОП должно проводиться в отделениях интенсивной терапии.
3. Применение современных методов диагностики ОП (ультразвуковое мониторирование, ультразвуковая доплерография, КТ, МРТ, исследование микроциркуляторного русла), исследование ферментативной активности ПЖ, показателей эндотоксикоза, нарушений жизненно важных органов и систем (СВР), позволяют назначить патогенетически обоснованную терапию ОП.
4. Применение в клинике современных афферентных и эфферентных методов лечения ОП позволяют улучшить результаты лечения и избежать необоснованных оперативных вмешательств.

**Список литературы**

1. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Сухарев В.Ф. и соавт. Острый панкреатит / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.Ф. Сухарев и соавт. (Протоколы диагностики и лечения), МКБ-10 -K85. - СПб: Издательство «Знаменитые университеты», 2004. - 12с.
2. Диагностика и лечение острого панкреатита (Российские клинические рекомендации) –

рекомендации, принятые на круглом столе в Санкт-Петербурге, 30 октября 2014 г // Сб. метод. материалов «Школы хирургии РОХ», Редакция 1. - М.: Б.и., 2015. – С. 5 – 21.

3. Tenner S American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis / S Tenner, J Baillie, J DeWitt and S Swaroop Vege // Am J Gastroenterol 2013; Vol.108/ - P. 1400–1415; doi:10.1038/ajg.2013.218; published online 30 July 2013
4. Greenberg JA, Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis / JA Greenberg, J Hsu, M Bawazeer // Can J Surg, 2016. – Vol. 59, No. 2. – P. 128 – 140
5. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis// Pancreatology 2013.- Vol.13/ - P. e1-e15.

**СЕКЦИЯ №45.**

**ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)**

**СЕКЦИЯ №46.**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)**

**СЕКЦИЯ №47.**

**АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)**

**СЕКЦИЯ №48.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)**

**СЕКЦИЯ №49.**

**ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)**

**СЕКЦИЯ №50.**

**ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)**

**СЕКЦИЯ №51.**

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

**СЕКЦИЯ №52.**

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

**СЕКЦИЯ №53.**

**ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)**

## ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2017 ГОД

### Январь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 января 2017г.

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

### Февраль 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2017г.

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

### Март 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 марта 2017г.

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

### Апрель 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2017г.

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

### Май 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 мая 2017г.

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

### Июнь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июня 2017г.

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

### Июль 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июля 2017г.

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

#### Август 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 августа 2017г.

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

#### Сентябрь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2017г.

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

#### Октябрь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 октября 2017г.

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

#### Ноябрь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2017г.

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

#### Декабрь 2017г.

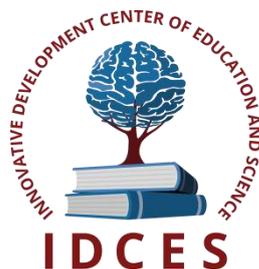
IV Международная научно-практическая конференция **«Перспективы развития современной медицины»**, г. Воронеж

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2017г.

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

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

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



**Актуальные вопросы и перспективы развития  
медицины**

**Выпуск IV**

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

**г. Омск**

**2017 г.**

Печатается в авторской редакции  
Компьютерная верстка авторская

Подписано в печать 10.05.2017.  
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 7,1.  
Тираж 250 экз. Заказ № 050.

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