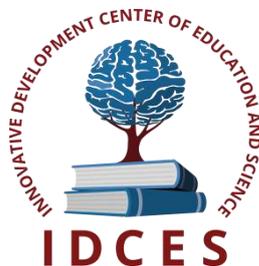


ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



**Современная медицина: актуальные вопросы
и перспективы развития**

Выпуск IV

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

г. Уфа

2017 г.

УДК 61(06)
ББК 5я43

Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития. /
Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции.
№ 4. г. Уфа, 2017. 67 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 **«Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития»**, г. Уфа представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

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

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

© ИЦРОН, 2017 г.
© Коллектив авторов

Оглавление

СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)	7
СЕКЦИЯ №2. АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)	7
СЕКЦИЯ №3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	7
СЕКЦИЯ №4. БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)	7
СЕКЦИЯ №5. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)	7
СЕКЦИЯ №6. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)	7
СВЯЗЬ МЕЖДУ ПРОПЕДЕВТИЧЕСКИМИ НАУКАМИ И ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ. РАЗДЕЛ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ Шахназаров А.А., Верченко И. А., Девятова Н.В., Куница В.В., Чернуха С.Н., Новосельская Н.А., Бекмамбетова З. Д., Полищук Т.Ф.	7
СЕКЦИЯ №7. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	9
ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ И КЛОНОРХОЗЕ Байкова О.А.	9
СЕКЦИЯ №8. ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)	12
СЕКЦИЯ №9. ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	12
СЕКЦИЯ №10. ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	12
СЕКЦИЯ №11. ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	12
СЕКЦИЯ №12. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	12
СЕКЦИЯ №13. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	13
СЕКЦИЯ №14. КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)	13
СЕКЦИЯ №15. КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)	13
СЕКЦИЯ №16. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)	13
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Апухтин А.Ф.	13
СЕКЦИЯ №17. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)	16

СЕКЦИЯ №18.	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)	16
СЕКЦИЯ №19.	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	16
РОЛЬ СВОБОДНЫХ РАДИКАЛОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БИОЛОГИИ-И МЕДИЦИНЕ	
Козлов Ю.П.	16
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ	
ПРИ ЭПИЛЕПСИИ С РАЗЛИЧНОЙ ЛАТЕРАЛИЗАЦИЕЙ ОЧАГА	
Сорокина Н.Д., Селицкий Г.В., Жердева А.С., Цагашек А.В.	18
СЕКЦИЯ №20.	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ	
РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	20
СЕКЦИЯ №21.	
МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)	20
СЕКЦИЯ №22.	
НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)	21
СЕКЦИЯ №23.	
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)	21
СЕКЦИЯ №24.	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)	21
СЕКЦИЯ №25.	
НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)	21
СЕКЦИЯ №26.	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)	21
РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ ИНФОРМАТИЗАЦИИ	
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Берсенева Е.А., Кураков Д.А., Савостина Е.А., Седов А.А., Ушенин В.В.	21
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	
ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Геворкян А.Р., Берсенева Е.А.	24
ФОРМИРОВАНИЕ ЕДИНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ КАК СТРАТЕГИЧЕСКОЙ	
ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЙ ПО СОХРАНЕНИЮ И УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	
Задворная О.Л.....	26
СЕКЦИЯ №27.	
ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)	28
ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ	
Мошуров И.П., Шаврина Ю.А.	28
СЕКЦИЯ №28.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)	30
СЕКЦИЯ №29.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)	30
СЕКЦИЯ №30.	
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)	30
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ	
Пермякова А.В, Дерюшева, А.Ю.	30

СЕКЦИЯ №31.	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	32
СЕКЦИЯ №32.	
ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)	32
СЕКЦИЯ №33.	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)	32
СЕКЦИЯ №34.	
РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)	32
СЕКЦИЯ №35.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)	32
СЕКЦИЯ №36.	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)	32
СЕКЦИЯ №37.	
СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)	33
ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ	
МИКРОБИОТЫ РТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА В КЛИНИКЕ ДЕНТАЛЬНОЙ	
ИМПЛАНТОЛОГИИ	
Калинина А.Н., Лашко И.С., Степанов А.Ф., Глазкова Е.В., Некрасова Е.А.	33
ВЗГЛЯД СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА-СТОМАТОЛОГА НА ТВОРЧЕСТВО	
В. ВЕРЕСАЕВА, ПИСАТЕЛЯ И ВРАЧА. К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ	
В. В. ВЕРЕСАЕВА	
Максимова И. Р.	36
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИКРОБНОЙ	
И НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
Маргарян Э.Г.	38
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ КАРИЕСОМ	
Николаева С.А.	40
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО	
СТАТУСА СПОРТСМЕНОВ	
Новоземцева Т.Н., Олесов Е.Е., Тихонов В.Э., Лесняк А.В., Шаипова З.А.	42
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ	
С ОПОРОЙ НА ЗУБЫ И ИМПЛАНТАТЫ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ КОНТРОЛЯ	
Узунян Н.А., Лернер А.Я., Заславский Р.С., Шматов К.В., Лобанов С.А.	45
МЕТОД ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ ДЕНТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО	
КАРИЕСА	
Филиппова Е.С.	48
СЕКЦИЯ №38.	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)	50
СЕКЦИЯ №39.	
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)	50
СЕКЦИЯ №40.	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)	50
СЕКЦИЯ №41.	
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)	50
СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	50

СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	50
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	50
ВАКУУМ - ИНСТИЛЛЯЦИОННАЯ ЛАПАРОСТОМА В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА	
Шапкина В.А.	51
СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	54
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ТЕСТОСТЕРОНА НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Хомякова А.С.	54
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	56
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	56
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	56
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	56
К ВОПРОСУ О ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
Косякова Н.В.	56
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)	59
СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	59
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02)	59
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕБЕНДАЗОЛА В КРОВИ	
Шорманов В.К., Щербачев В.К.	59
СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	61
ПРОТИВОМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 1,3,4-ТИАДИАЗОЛА	
Фролова В.В., Гурина С.В., Яковлев И.П., Юсковец В.Н.	62
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2017 ГОД	65

**СЕКЦИЯ №1.
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)**

**СЕКЦИЯ №2.
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)**

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

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

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

**СЕКЦИЯ №6.
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)**

**СВЯЗЬ МЕЖДУ ПРОПЕДЕВТИЧЕСКИМИ НАУКАМИ И ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ. РАЗДЕЛ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

**Шахназаров А.А., Верченко И. А., Девятова Н.В., Куница В.В.,
Чернуха С.Н., Новосельская Н.А., Бекмамбетова З. Д., Полищук Т.Ф.**

Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

В учебниках по пропедевтике внутренних болезней разделу, посвященному изучению методов обследования пищеварительной системы отводится, в среднем, от 1/5 до 1/4 объема. Наибольшее количество часов практических занятий, лекций и объемов учебников отводится сердечно-сосудистой системе. Это закономерно связано с широкой распространённостью данной патологии, высокой смертностью, доминирующей в структуре общей смертности, ранней инвалидизацией больных [11, 12]. В то же время, распространённость гастроэнтерологической патологии превышает кардиальную, по некоторым литературным данным, достигая 60-80% взрослого населения [8, 9]. А по влиянию на качество жизни, равных патологии пищеварительной системы нет [8, 12].

Основная цель курса пропедевтики – научить студентов применять основные и дополнительные методы диагностики заболеваний. Полученные на 2-м и 3-м курсе знания студенты закрепляют на курсах факультетской, госпитальной терапии и производственной практики [4, 13]. Развитие современных лабораторных и инструментальных методов исследования привело к тому, что многие молодые врачи при диагностике заболеваний внутренних органов и, особенно, органов пищеварения стали меньше внимания уделять основным методам исследования: анамнестической части, осмотру и физикальным методам – пальпации, перкуссии, аускультации [6, 7]. Наш ежедневный практический опыт убеждает в том, что несмотря на относительную легкость в применении и кажущуюся ретроградность, эти клинические методы остаются важнейшей неотъемлемой частью диагностического процесса.

В лекционном курсе, на практических занятиях и во время прохождения производственной практики сотрудники кафедры пропедевтики обучают студентов правилам расспроса больных, умению характеризовать и детализировать полученные жалобы, связать те или иные симптомы с предыдущей

жизнью пациента, особенностями питания, факторами риска, трудовой деятельности, семейным анамнезом [3]. Эти сведения отражаются в истории болезни в разделах «Жалобы», «История настоящего заболевания» и «История жизни». Особое внимание уделяется осмотру больного. Подчеркивается значение всех, даже мельчайших деталей – походки, осанки, выражению лица и т.д. Наиболее сложная часть исследования – физикальные методы. Если в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы ведущее значение имеет аускультация, то при диагностике гастроэнтерологической патологии самым незаменимым методом является пальпация [1, 2]. Хотя перкуссия и аускультация имеют свою достаточно весомую нишу.

С целью выявления «выживаемости знаний» мы провели анализ 110 историй болезни больных гастроэнтерологического профиля в терапевтическом и приемном отделениях Симферопольской городской больницы №7 для оценки качества разделов исследования больного. В разделе «Жалобы больного» в большинстве случаев нет подробного описания болевого синдрома, временной связи с приемом пищи. Диспептические жалобы перечислены, но нет полной характеристики, связи жалоб друг с другом. Не указываются условия уменьшения или исчезновения тошноты, рвоты, изжоги и т.д. В анамнестических разделах зачастую не отражены начальные проявления болезни, особенности её течения, не указывается предыдущее лечение и его эффективность, результаты предыдущих методов исследования. Семейный, трудовой анамнез, производственные вредности, особенно у лиц старшего возраста, совершенно не отражаются. В случае, если пациент работает указывается лишь специальность. В большинстве случаев не отражается режим и характер питания, пищевые пристрастия, употребление острой, горькой, жареной пищи, приправ и специй, что имеет особенное значение для гастроэнтерологических больных. При описании вредных привычек наиболее часто встречаются записи «привычные интоксикации отрицает» или «курит», «алкоголь употребляет умеренно или злоупотребляет». Ни в одной из историй мы не увидели указание на количество выкуриваемых сигарет, крепость, длительность курения. При описании употребления алкоголя не указывается частота, доза, характер напитков.

В разделе «Органы пищеварения» даже у гастроэнтерологических больных не представлена перкуссия и аускультация живота. Между тем, перкуссия живота дает важную информацию о состоянии пищеварительной системы, о наличии жидкости в брюшной полости, метеоризме. Перкуссия позволяет определить размеры печеночной и селезеночной тупости, наличия жидкости, опухолей. Аускультация позволяет оценить характер кишечной перистальтики, непроходимость, наличие спаек, сосудистых нарушений и проч. Пальпация живота считается одной из труднейших задач клинической диагностики. Некоторые врачи считают, что пальпация живота принадлежит уже истории врачебного искусства, а не практике. По нашему мнению, правильно проведенная пальпация позволяет определить некоторые виды патологии на доклиническом этапе. Пальпация позволяет определить форму, размеры, болезненность, подвижность органов, позволяет выявить симптомы раздражения брюшины. Но чтобы получить надёжные сведения о больном необходимо не только знать методику и технику пальпации живота, но и тщательно отрабатывать ее у постели больного. В большинстве историй болезни описание пальпации сводится к «живот мягкий, безболезненный или умеренно болезнен в какой-либо области». Совершенно не упоминается глубокая скользящая топографическая пальпация по Образцову-Стражеско.

Анализ врачебных ошибок убеждает, что пренебрежение основными методами диагностики зачастую и является причиной ошибок. Не всегда есть возможность, время для проведения дорогостоящих, иногда небезвредных методов исследования. При прохождении курсов повышения квалификации и сертификации врачей терапевтов и гастроэнтерологов необходимо уделить внимание простым, на первый взгляд, физическим методам обследования – расспросу, пальпации, перкуссии, которые до сих пор не утратили своего значения в диагностическом поиске [5, 10]. Практическим врачам необходимо возвращаться к основам пропедевтики для правильной ориентировки в постановке диагноза.

Список литературы

1. Каракурсаков Н.Э. Синдром интраабдоминальной гипертензии у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2011. – Т. 3-4. – С. 155-161.
2. Каракурсаков Н.Э. Значение раннего энтерального питания у хирургических больных / Н.Э. Каракурсаков // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15, № 4 (60). – С. 167-169.

3. Каракурсаков Н.Э., Куница В.Н., Чернуха С.Н. Помощник врача стационара хирургического профиля: итоги производственной практики / Современные проблемы инновационного развития науки: сб. статей междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск, 2016. – С. 131-134.
4. Куница В.В., Санина Г.Н., Куница В.Н. Оценка состояния здоровья студентов-медиков 4-го года обучения // Инновации, технологии, наука: сб. статей междунар. науч.-практ. конф. В 2 ч., Ч. 2. – Уфа, 2016. – С. 157-159.
5. Куница В.Н. Опыт применения Болонской системы обучения в Российских вузах / В.Н. Куница, С.Н. Чернуха, Л.В. Польская, Н.А. Новосельская, Н.В. Девятова // Оптимизация высшего медицинского и фармацевтического образования: Менеджмент качества и инновации: Мат. III Всероссийской (VI внутривузовской) науч.-практ. конф., посв. Дню российской науки. – Челябинск: Изд - во Южно - Уральского ГМУ, 2015. – С. 66-68.
6. Куница В.Н., Ицкова Е.А., Чернуха С.Н. Вегетативный статус больных язвенной болезнью при консервативном и оперативном лечении // Актуальные вопросы современной медицины: Мат. конф. форума «50 лет дополнительному профессиональному медицинскому образованию на Северном Кавказе». Ч. II. – Ставрополь, 2015. – С. 121-122.
7. Куница В.Н. Сахарный диабет и толстая кишка по данным эндоскопии / В.Н. Куница, А.В. Григорьянц, С.Н. Чернуха // Инновационные технологии в науке нового времени: Сб. статей междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск, 2016. – С. 235-237.
8. Куница В.Н. Побочные эффекты антихеликобактерной терапии / В.Н. Куница, И.А. Верченко, А.А. Шахназаров, Г.Н. Егоров, Н.В. Девятова, Н.А. Новосельская, В.В. Куница, Н.Э. Каракурсаков // Наука сегодня: опыт, традиции, инновации: мат. междунар. науч.-практ. конф. – Вологда: ООО «Маркер», 2016. – С. 161-162.
9. Куница В.Н., Михайличенко В.Ю., Бекмамбетова З.Д. Преподавание анатомии человека с точки зрения госпитальных дисциплин // Психология, педагогика, образование: актуальные и приоритетные направления исследований: сб. статей междунар. науч.-практ. конф.: в 3 ч. – Уфа, 2017. – С. 83-86.
10. Папшицкая Н.Ю., Сулковская Л.С., Субботина В.Г. и др. Спорные вопросы преподавания пропедевтики внутренних болезней // International journal of experimental education. – 2015 – №3 – С.130-133.
11. Цветков В.А. Факторы риска развития диабетической автономной нейропатии сердца у больных сахарным диабетом 2-го типа / В.А. Цветков, С.Н. Чернуха, И.А. Вильцанюк, В.Н. Куница // Крымский терапевтический журнал. – 2015. – № 4. – С. 76-78.
12. Чернуха С.Н. Будущее медицинского образования в Крыму / С.Н. Чернуха, В.Н. Куница // Психология и педагогика в образовательной и научной среде: Международное научное издание по итогам междунар. науч.-практ. конф. – Стерлитамак: АМИ, 2016. – С. 59-61.
13. Шахназаров А.А., Сатановский М.А., Сатановский А.М. От анатомии до ортопедической стоматологии с последующей производственной практикой // Динамика взаимоотношений различных областей науки в современных условиях: Сб. статей междунар. науч.-практ. конф. В 3 частях. – Казань, 2017. – С. 224-227.

СЕКЦИЯ №7.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ И КЛОНОРХОЗЕ

Байкова О.А.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск

Описторхозы (описторхоз и клонорхоз) являются хроническим заболеванием гепатобилиарной системы, приводящим не только к патоморфологическим и функциональным изменениям гепатобилиарной

системы, но и к нарушениям физико-химических свойств желчи, что играет значимую роль в развитии холецистолитиаза.

Близкородственные возбудители описторхоза и клонорхоза относятся к классу *Trematodes*, одному семейству *Opisthorchiidae* и роду *Opisthorchis*: *Opisthorchis felineus* (*O. felineus*), *Opisthorchis viverrini* (*O. viverrini*), *Clonorchis* (synonym: *Opisthorchis*) *sinensis* (*C. sinensis*), близки генетически, морфологически и вызывают идентичные поражения гепатобилиарной системы и панкреатодуоденальной области. Заражение человека происходит при употреблении в пищу инвазированной речной рыбы семейства карповых (линь, лещ, карась и др.).

Различают холестериновые, пигментные (билирубиновые) и смешанные типы желчных конкрементов. Холестериновые желчные камни наиболее распространены в Европе, где они составляют около 75 – 95 % всех желчных камней. [5]. В противоположность этому наиболее высокая распространенность пигментных желчных камней отмечается в Азии, а в некоторых регионах Китая их частота составляет около 90% [8]. Если в Западных странах пигментные камни обычно встречаются у больных со склерозирующим холангитом, то на Востоке они, преимущественно, связаны с инфекцией желчевыводящих путей [5]. Хроническая описторхозная (клонорхозная) инвазия ассоциируется с пигментным литогенезом.

Различают черные и коричневые пигментные камни (ПК) желчевыделительной системы. Черные ПК, встречаются, в основном, в желчном пузыре (ЖП), образуются из полимеров билирубина, не содержат бактерии и холестерин, рентгенконтрастные. Образование их обусловлено, преимущественно, патологическим гемолизом (серповидноклеточная анемия, талассемия, травматический гемолиз на фоне искусственных клапанов сердца, сосудистых протезов и др.), а также некоторыми другими факторами (неэффективный эритропоэз в результате дефицита витамина B12, индуцированная энтерогепатическая циркуляция неконъюгированного билирубина (НБ), нарушения обмена порфиринов, циррозы печени, синдромы Жильбера и Криглера — Найяра [10]. Повышение уровня НБ в желчи является пусковым моментом в образовании черных ПК. Избыток НБ образуется в результате гидролиза (деконъюгации) билирубиновых глюкуронидов (БК) (поступающих в желчь больших количествах при гемолизе) под воздействием эндогенной β -глюкуронидазы, секретируемой печеночными паренхиматозными клетками и билиарным эпителием. Высвобожденный НБ связывается с кальцием с образованием нерастворимых соединений билирубината кальция, выпадающих в осадок. В последующем под воздействием реактивных форм кислорода (Reactive oxygen species, ROS) происходит окисление и полимеризация билирубинатов кальция, что является ключевым событием при переходе от «мягких-желтых» к «твердым черным» камням. ROS, вероятнее всего, являются продуктами макрофагов и нейтрофилов слизистой желчного пузыря, активация которых происходит на фоне основной патологии, индуцирующей образование пигментных камней.[10]. Процесс образования преципитатов сопровождается гиперпродукцией муцина (ЖП).

Коричневые ПК, как правило, мягкие, встречаются как в ЖП, так и в желчных протоках, причем в протоках они образуются чаще, чем конкременты другого типа [7], нерентгенконтрастные, образуются из кристаллов билирубината кальция с включением различного количества холестерина и протеина. Ключевая роль в образовании коричневых ПК принадлежит инфекции и застойным явлениям в желчевыделительной системе [10]. Для «коричневого» камнеобразования характерно сочетание билирубинового и холестеринового литогенеза. Существенное значение при этом имеют бактериальные ферменты (β -глюкуронидаза, фосфолипаза А), катализирующие гидролиз БК с высвобождением НБ и фосфатидилхолина, продукты которого способствуют образованию кристаллов моногидрата холестерина, которые неизменно сосаждаются вместе с другими составными «коричневых» ПК. Сопутствующий воспалительный процесс сопровождается гиперпродукцией слизи и ускоряет формирование конкрементов.[2, 8].

В настоящее время связь между описторхозной инфекцией и наличием камней в желчевыделительной системе подтверждается множественными данными научных и эпидемиологических исследований. Так, в эндемичных по клонорхозу регионах Китая у пациентов с ЖКБ инфицированность *C. Sinensis* составляет от 30% до 67% [6, 3]. Среди инфицированных *O. viverrini* жителей провинции Сараван Южного Лаоса, камни в ЖП были диагностированы в 13,2% [9]. Jang JS et al. (2007) отмечает частоту образования «клонорхозных» камней в желчных протоках. [7]. В составе желчных камней у пациентов с описторхозной инвазией обнаруживаются яйца или мертвые особи *O. viverrini* или *C. Sinensis* [8], что свидетельствует об участии печеночных трематод в патогенезе камнеобразования. В то же время замечено, что клонорхозная инвазия не всегда сопровождается холецистолитиазом [8]. Известно также, что не только

трематоды (описторхоз и клонорхоз) могут играть роль в образовании коричневых ПК, но и аскариды. [10]. Однако очевидно, что описторхидозная инвазия (описторхоз, клонорхоз) положительно связана с высокой долей ПК. [3, 7]. Так, *Sripa B. et al.* (2004) при исследовании состава камней у 57 пациентов, страдающих ЖКБ с описторхозом (*O. viverrini*) на северо-востоке Таиланда в 98,8% обнаружил наличие у них ПК [8].

Коркин А.Л. (2010), при сравнении лабораторно-инструментальных характеристик крови и билиарной системы у больных с ЖКБ на фоне *O. felineus* зарегистрировал активацию пигментного литогенеза, проявляющуюся превышением уровня НБ в печеночной и пузырной желчи ($47,62 \pm 7,73$ мкмоль/л и $63,89 \pm 21,45$ мкмоль/л соотв.). Выявленная корреляция между уровнями щелочной фосфатазы и холестерина в печеночной желчи позволила выделить причиной холестеринового литогенеза на фоне инвазии *O. felineus* не повышение печеночной секреции холестерина, как при классической ЖКБ, а внутрипротоковый холестаза. [1].

Описаны случаи образования в желчи редкого типа кальциевокарбонатных камней при клонорхозе. [6, 4].

Предполагаемый патогенез образования ПК при описторхидозах можно представить следующим образом. Фактор механического раздражения при паразитарной инвазии инициирует воспалительный процесс клеточного эпителия желчевыделительной системы с гиперсекрецией слизи. Яйца выступают в качестве основы для образования камня. Кальций «покрывает» яичную скорлупу по типу процесса периферической кальцификации при образовании холестериновых камней. Этому способствует неравномерная структура скорлупы, позволяющая легко прилипнуть к её поверхности различным частицам и кристаллам. Если в фекалиях обнаруживаются "свежие" яйца, то в составе конкрементов ЖП – яйца "старые", кальцифицированные, т.к. процесс камнеобразования длительный. Яйца, находясь продолжительное время в условиях дефицита питательных веществ, деформируются (происходит утолщение оболочки, утрата «крышечки», «выливание» внутреннего содержимого), по виду напоминают «морщинистые» семена кунжута. Яйца паразита, с отложением на их поверхности билирубината кальция, вкрапливаются в слизистый гель, перемешиваются со слизью, которой в избытке при описторхидозной инфекции, и осаждаются. Образуются агрегации яиц в смеси со слизью (яйца / билирубинат кальция / слизь), лежащие в основе образования зрелого камня. Отложению и агрегации яиц способствует «вихревой» эффект желчи при сокращении желчного пузыря. При этом печеночные двуустки, обитающие в желчных протоках, вызывают их обструкцию с нарушением пассажа и застоем желчи, что приводит к инициации воспалительного процесса и возникновению восходящего холангита. Следствием микробной активации является секреция бактериальной β -глюкуронидазы, приводящей по известному механизму к избытку НБ, его соединением с кальцием и выпадением в осадок в виде билирубинатов кальция. Персистирующая описторхидозная инфекция вызывает впоследствии тяжелый фиброз стенки желчного пузыря, приводящий к нарушению его моторно-эвакуаторной функции и застою желчи в желчном пузыре, являющимся инициирующим фактором камнеобразования. [8,3]

Признаки, присущие классическому холестериновому литогенезу (женский пол, гиперлипидемия, ожирение, корреляция с возрастом) [5], не являются характерными для ЖКБ, ассоциированной с описторхозом (клонорхозом). Так, в Китае, среди пациентов с холецистолитиазом на фоне *C. sinensis*, не было преобладания женщин. Индекс массы тела (ИМТ) мужчин и женщин соответствовал норме: $23,83 \pm 3,37$ и $23,08 \pm 3,97$ соотв. Средний возраст составил $46,6 \pm 12,8$ лет. Большинство из 183 обследуемых имело умеренный и недостаточный вес (49,7% и 14,2%), лишь в 30,1% отмечался избыточный вес и у 6,0% диагностировано ожирение. [3]. Среди пациентов с кальциевокарбонатными камнями на фоне клонорхоза также было отмечено преобладание мужчин в возрасте от 30 до 60 лет.[4]. При обследовании 82 жителей северо-востока Таиланда с наличием ПК в ЖП, зарегистрирована их наибольшая частота у женщин, чем у мужчин, но при этом инвазия *O. viverrini* была выявлена не у всех. Кроме того корреляции с возрастом, как при классическом холестериновом литогенезе, не отмечалось (χ^2 -тест, $P \geq 0,05$)[8]

Таким образом, описторхоз и клонорхоз являются реальными факторами риска желчнокаменной болезни. Отмечается убедительное преобладание коричневых пигментных камней при наличии паразитарного холецистолитиаза. При хроническом описторхозе (клонорхозе) паразитарные яйца выступают в качестве основы для образования камня. Механизм «коричневого» литогенеза при описторхидозах соответствует классическому. Инициатором инфекции и микробным активатором выступают паразитарные особи, обитающие в желчных протоках, вызывают их обструкцию с нарушением пассажа и застоем желчи, что приводит к инициации воспалительного процесса и возникновению восходящего холангита.

Следует заметить, что в клинической хирургической практике при осуществлении холецистэктомии, особенно в регионах, эндемических по описторхозу, целесообразно микроскопическое исследование конкрементов из желчного пузыря и желчных протоков на наличие в них яиц печеночных трематод. Это позволит повысить уровень диагностики описторхозов. Известно, что частота обнаружения яиц в желчных конкрементах самая высокая, по сравнению с их обнаружением в кале и желчи. Включение в терапию постхолецистэктомического синдрома дегельментизации и других лечебных мероприятий при выявленном паразитарном носительстве с помощью микроскопии желчных конкрементов дает возможность реальной профилактики рецидивов камнеобразования, холангита и холангиокарциномы.

Список литературы

1. Коркин А.Л. Общие закономерности, особенности развития и течения желчнокаменной болезни на фоне описторхоза : автореферат дис. ... д-ра мед. наук. Тюмень, 2010. 43 с.
2. Carey MC. Pathogenesis of gallstones // *Recenti Prog Med.* 1992. Vol.83.№7-8. P.379-391.
3. Cholecystolithiasis Is Associated with *Clonorchis sinensis* Infection / Tie Qiao, Rui-hong Ma, Xiao-bing Luo [et al]// *PLoS One.* 2012. Vol 7.№8.P. 424-427
4. Clonorchis sinensis eggs are associated with calcium carbonate gallbladder stones / Qiao T, Ma RH, Luo ZL [et al] // *Acta Trop.* 2014. Vol.138. P.28-37.
5. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. European Association for the Study of the Liver (EASL) // *Journal of Hepatology.* 2016.Vol. 65, № 1. P. 146–181
6. Gallbladder Stone Types in Patients with Cholelithiasis and *Clonorchis sinensis* Infection in the Endemic Area of Clonorchiasis / Ma RH, Qiao T, Luo ZL [et al] // *Zhongguo Ji Sheng Chong Xue Yu Ji Sheng Chong Bing Za Zhi.* 2015. Vol.33.№3.P.167-171.
7. Jang JS, Kim KH, Yu JR, Lee SU. Identification of parasite DNA in common bile duct stones by PCR and DNA sequencing // *Korean J Parasitol.* 2007. Vol. 45.№4. P. 301–306.
8. Opisthorchiasis-associated biliary stones: Light and scanning electron microscopic study / B. Sripa, P. Kanla, P. Sinawat [et al] // *World J Gastroenterol.* 2004. Vol.10.№22.P. 3318–3321
9. Subtle to severe hepatobiliary morbidity in *Opisthorchis viverrini* endemic settings in southern Laos / Ayé Soukhathammavong P, Rajpho V, Phongluxa K [et al] // *Acta Trop.* 2015. Vol.141. P.303-309.
10. Vitek L, Carey MC. New pathophysiological concepts underlying pathogenesis of pigment gallstones // *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2012. Vol.36.№2.P.122-9.

СЕКЦИЯ №8.

ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)

СЕКЦИЯ №9.

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)

СЕКЦИЯ №10.

ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)

СЕКЦИЯ №11.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)

СЕКЦИЯ №12.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)

**СЕКЦИЯ №13.
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)**

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

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

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Апухтин А.Ф.

ФБГОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет

Федеральный Закон Ф3-326 работает с стандартами оказания медпомощи, которые должны быть везде одинаковые, несмотря на то, что до сих пор не завершена публикация всех стандартов. Необходимость введения страховыми медицинскими организациями (СМО) дополнительных нормативов оценки качества оказания скорой медицинской и амбулаторной медпомощи показывает недостаточную завершенность опубликованных стандартов оказания медпомощи. В сложившейся ситуации обращает внимание некорректность нормативов оценки качества оказания медпомощи страховыми медицинскими организациями (СМО), по ряду причин. К типичным объективным причинам относится несоответствие реально оказываемой медицинской помощи рекомендованным стандартам. Это нередко, когда страховщики штрафуют ЛПУ (лечебно-профилактические учреждения) за несоответствие медпомощи стандартам и клиническим рекомендациям (протоколам лечения), особенно когда эти стандарты не утверждены Минздравом. В подобных ситуациях, по мнению аудитора счетной палаты А. Филипенко, страховщики применяют к медикам штрафные санкции без правовых оснований. Так, например, в заключениях экспертов «МАКС-М» отмечаются такие дефекты как: «в записи врача диагноз написан неразборчиво» или «запись врача неинформативная, посещение не обосновано». Сложилась ситуация когда стандартами охвачено около 36% всех заболеваний, а клинических рекомендаций от Минздрава нет. В результате, только при частичной выборочной проверке заключений экспертов счетной палаты было установлено, что санкции в сумме 1,3 млн. рублей наложены без правовых оснований [1]. По итогам проверки аудиторы сделали вывод, что страховым медицинским компаниям (СМО) необходимо законодательно ограничить финансирование, установленное для ведения дел. В настоящее время за свою работу СМО получают до 2% от всех полученных из терфондов средств, а должны получать меньше, не более 1%.

Другой причиной неправомерных штрафов является не разграниченность стандартов оказания медицинской помощи для сельской и городской местности, отсутствие ресурсной обеспеченности стандартов медпомощи необходимым оборудованием [2] и специалистами [3]. По данным СМИ, отражающими мнения медперсонала сельской медицины, временные требования стандартов оказания медпомощи невыполнимы. В частности, сроки времени ожидания до начала оказания неотложной медицинской помощи в сельской местности не соответствуют установленным стандартами (не > 20 мин), из-за плохого состояния дорог, ограничения скоростных возможностей санитарного автомобильного транспорта, что повсеместно не позволяют выполнять данное временное требование. За невыполнение данного временного стандарта оказания медпомощи городские и сельские ЛПУ и СМП беспощадно штрафуются страховыми медицинскими организациями (СМО). Недофинансированию ЛПУ и СМП повсеместно способствуют установленные лимиты оплаты объемов оказания медпомощи со стороны СМО. Все что оказывается сверх запланированного объема оплаты медпомощи СМО фактически не оплачивает. В

2016 году на скорую медпомощь Рочегодской участковой больницы Архангельской области со стороны СМО было запланирована оплата 1000 вызовов, фактически вызовов оказалось 1300. В результате территориальный фонд обязательного медицинского страхования не оплатил 300 вызовов [4]. При этом готовность многих российских муниципальных субъектов к обязательному исполнению с 1 января 2013 года утвержденных Минздравом РФ требований по оказанию стандартов медицинской помощи до сих пор вызывает сомнения. По данным Росздравнадзора максимальное соответствие порядкам оказания медпомощи было отмечено лишь в медицинских организациях, вошедших в специальные программы. В иных медицинских организациях в наибольшей степени требованиям отвечали лишь отдельные профили медпомощи, такие как акушерство, травматология, анестезиология и реаниматология. Так обстояли дела в Северной Осетии, Пермском и Приморском краях, Амурской, Орловской, Иркутской, Сахалинской и Волгоградской областях. По мнению авторитетных российских практиков и специалистов, в Ф3-326 нормативные затраты ТФОМС основанные на федеральных стандартах Минздрава, не учитывали и не учитывают вероятность дополнительных расходов, обусловленных возрастом, сопутствующей патологией, осложнениями, а также сложившуюся структуру госпитализаций, усовершенствованных технологий диагностики и лечения больных [5].

В реальности стандарты медпомощи могут работать эффективно, если разрабатываются и используются в условиях сложившейся структуры диагностики, лечения больных и действующей системы управления качеством оказываемой медицинской помощи. В зарубежной практике, если стандарт медпомощи разрабатывался вне системы управления качеством, то он просто выступает как некий ограничитель эффективности оказания медпомощи [6].

При этом Ф3-326 защищает и защищает коммерческие интересы СМО. В п.4,5 статьи 30 Ф3-326 формулируется: «...страховая медицинская организация вправе предъявить лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, требование о возмещении своих расходов на проведение дополнительной экспертизы по установлению данного факта, оформлению необходимой документации, а также о возмещении судебных издержек». Смягчающим данную законодательную «издержку» обстоятельством для «страхуемых» является возможность материальной компенсации осложнений при ненадлежащем выполнении услуг оказания медпомощи [7]. Однако факт не надлежащего оказания услуг медпомощи необходимо обосновать в судебном порядке, что обременительно финансово и растянуто по времени. Исполнение решений по судебным обоснованным искам, как правило, отсрочено во времени из-за отсутствия свободных финансовых средств у СМП и ЛПУ для выплат по судебным решениям. Профессионально-финансовая ответственность медицинских работников за качество оказанной медпомощи, находится в начальной стадии разработки. Порядок и размер указанного страхования может быть определен государственными органами власти достаточно усреднено и только для подведомственных учреждений. В этой связи неизбежна дефицитность страховых выплат и имущественная ответственность медицинского персонала бюджетной организации перед потребителями медицинских услуг при нерешенном в целом вопросе страхования медицинским персоналом профессиональной ответственности в системе здравоохранения. При этом главная проблема заключается в том, где взять деньги для покрытия судебных издержек по юридически обоснованным искам.

По Ф3-326 вопрос ненадлежащего исполнения медицинской организацией обязанностей по усмотрению специальных комиссий и на основании поправок в КОАП со стороны медорганизаций и потребителей медуслуг загрузит суды потоком кассационных жалоб, которые и без этого медленно справляются со своей работой. В связи с тем, что суды перегружены подобного рода делами, глава Высшего арбитражного суда Антон Иванов неоднократно высказывался за повышение госпошлин. В итоге Госдума в конце декабря 2011 приняла поправки к Налоговому кодексу, существенно увеличивающие денежные сборы с физических и юридических лиц, которые вступают во взаимоотношения с госорганами [8]. В новой редакции статей 333.19-333.40 налогового кодекса РФ, были установлены размеры пошлин, средний размер которых увеличился в два раза. К примеру, минимальная пошлина, которую нужно заплатить при подаче имущественного иска в суд общей юрисдикции, увеличилась в два раза, в арбитражный суд - в четыре раза. Таким образом, судебные инстанции с помощью увеличения пошлин отсеивают многие «мелкие» дела, не решая при этом проблемы повышения качества оказания медицинской помощи. При этом в ведомстве признают, что "любое решение, связанное с дополнительным налоговым обременением для граждан, является непопулярным".

Недостаточно исправляет ситуацию ПП РФ №1006 от 04.10.12г «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Согласно данного ПП с 1

января 2013 года контроль за исполнением оказания платных услуг осуществляют территориальные представительства Роспотребнадзора. В данный орган следует обращаться, если платная услуга оказана не должным образом. При этом Роспотребнадзор уполномочен проводить проверки, выносить предписания об устранении недостатков при оказании платных медуслуг и налагать штрафы: на юридическое лицо - от 20 до 30 тыс. руб., на частного предпринимателя - от 10 до 20 тыс. руб. За возмещением ущерба или морального вреда гражданину надлежит обращаться в суд. Постановление суда создаёт юридическое обоснование материальной компенсации в судебном порядке за некачественно оказанные медуслуги для граждан, но вряд ли улучшает их обслуживание. При этом эксперты разошлись в оценках нововведений. Многие выделили, что данный закон обременяет врача множеством несвойственных ему административно-бухгалтерских функций [9].

В числе прочих постановление правительства (ПП) №1006 не решило вопроса противоречий между необходимостью внедрения инновационных видов медицинской помощи и их интерпретаций как не прописанных и не входящих в стандарт лечения. В случае успеха нововведений «победителей» не судят. А в случае неудачи кто-то должен взять на себя юридические риски последствий внедрения инновационных видов медицинской помощи, выходящих за рамки утвержденных стандартов медпомощи. Весте с тем недостаточность существующего ресурсного обеспечения стандартов оказания медицинской помощи проявляется не только в их недофинансировании, но и в нерациональном использовании обеспечения на уровне медицинских учреждений. Неизбежным следствием такого подхода становятся необоснованные затраты, неэффективное использование существующего ресурсного обеспечения стандартов оказания медицинской помощи, в том числе без врачебных новаций, рост объема платных медицинских услуг, недовольство населения качеством и уровнем доступности бесплатной медицинской помощи, связанное с неспособностью населения самостоятельно оплачивать эту помощь.

На самом деле один из наиболее эффективных современных методов управления-это методология управления качеством, когда повышение качества медпомощи возможно без увеличения затрат, а иногда даже с их уменьшением за счёт более эффективного использования имеющихся ресурсов и уменьшения дополнительных необоснованных расходов. В Тульской области [10] внедрение системы управления качеством медпомощи позволило получить хорошие результаты. Число пациентов с АГ, получивших лечение на первичном этапе оказания помощи увеличилось в 7,6 раз. Нормализация уровня кровяного давления была достигнута у 69,4% пациентов. Число случаев госпитализации по причине АГ среди наблюдаемых пациентов снизилось на 85%, а число случаев гипертонических кризов на 60%. В тоже время опрос практических врачей терапевтов и кардиологов 2010 и 2015г города Волгограда показал, что врачебные инновации не находят понимания и поддержки со стороны муниципальных органов власти и руководства ЛПУ [11]. В тоже время недостатки использования существующего ресурсного обеспечения стандартов оказания медицинской помощи могут быть снижены с помощью внедрения в клиническую практику врачебных новаций. Кто за это возьмется, в том в чем вопрос.

Выводы.

1. Необходимо законодательно ограничить, установленные финансовые отчисления ТФОМСов для ведения дел СМО.

2. Руководители медицинских учреждений не разрабатывают вопросов экономической эффективности без увеличения затрат, что приводит к увеличению дефицита недофинансирования по линии ОМС, оттоку квалифицированных кадров, снижению качества и доступности стандартов оказания медицинской помощи.

3. Для снижения издержек несуществующих стандартов медицинской помощи необходима коррекция штрафных санкций СМО с учетом районирования, финансовой заинтересованности первичного звена ее исполнителей, использование врачебных новаций в управлении качеством оказания медицинской помощи ЛПУ и СМП.

Список литературы

1. Счетная палата: Страховщики получают слишком большую прибыль. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://doctorpiter.ru/articles/13231/04.12.2015>.
2. Апухтин А.Ф. Мнения врачей о технической оснащенности регионального здравоохранения и внедрениях врачебных новаций за пять лет. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2014. №2(50). С. 17-19.

- 3.В Волгоградской области медпомощь не соответствует установленным в России стандартам.[Электронный ресурс].-Режим доступа:<http://v102.ru/news/37181.html>.06.12.2012.
- 4.Больно за медицину — её убивает ОМС. {Электронный ресурс}-режим доступа <https://medrussia.org/2926-medicinu-ejo-ubivaet-oms/>. Дата публикации 26.03.2017.
- 5.В Волгоградской области медпомощь не соответствует установленным в России стандартам.[Электронный ресурс].-Режим доступа:<http://v102.ru/news/37181.html>.06.12.2012.
6. Бокерия Л.А. Роль информационных систем в сопоставлении стандартов с реальной клинической практикой (на примере «Стандарта медицинской помощи больным со стабильной стенокардией»)/Бокерия Л.А. Ступаков И.Н. Самородская И.В. Фуфаев Е.Н. //Здравоохранение для главврачей и бухгалтеров.-2007.-№11.-С.23-30.
7. Об обязательном медицинском страховании.Федеральный Закон № 326-ФЗ.Москва.Проспект.2011,64с.
- 8.Буранов.И. Государство увеличивает сборы за услуги. Деловая on-line газета «Бизнес партнер».03.01.2012.[Электронный ресурс].-Режим доступа: <http://bizprt.ru/?id=7722#10>
- 9.Бок А.Стоимость здоровья. За какие медуслуги придется платить.ГазетаАИФ.Дата публикации 12.10.12.[Электронный ресурс]-Режим доступа:<http://www.aif.ru/health/article/56049>.
10. Совершенствование методов управления и организационных структур. /Методические рекомендации по развитию здравоохранением:совершенствование управления здравоохранением,организация общей врачебной практики,укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний. Москва,2003.46 С.
11. Апухтин А.Ф., Апухтина М.В. Психологические проблемы и трудности инновационного развития практической медицины регионального уровня./В сборнике: « Медицина в XXI веке: тенденции и перспективы» Материалы III Всероссийской научной Интернет-конференции с международным участием. Сервис виртуальных конференций РахGrid; ИП Синяев Д. Н.. 2014. С. 12-13.

СЕКЦИЯ №17.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)

СЕКЦИЯ №18.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)

СЕКЦИЯ №19.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)

РОЛЬ СВОБОДНЫХ РАДИКАЛОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БИОЛОГИИ-И МЕДИЦИНЕ

Козлов Ю.П.

доктор биологических наук, профессор, президент Русского экологического общества
г. Москва, Российская федерация

В связи с широкомасштабным химическим загрязнением окружающей природной среды все большее значение приобретают исследования механизмов детоксикации и биодеградации чужеродных веществ (поллютантов, ксенобиотиков). Существенно при этом, что химическое загрязнение среды может нарушать естественные коммуникативные связи между организмами.

Накопилось достаточное количество данных о том, что в формировании среды обитания таких организмов принимают участие не просто химические медиаторы, а активные формы молекул,

находящихся в свободно-радикальном состоянии (так называемые «*свободные радикалы*» - атомы или осколки молекул неорганической или органической природы, обладающие огромной реакционной способностью и этим самым влияющие как на протекание обменных процессов в живых клетках организма, так и в отдельных экосистемах. Различным организмам (биосистемам) или экосистемам присущ разный стационарный уровень концентрации свободных радикалов (отражающих разную степень интенсивности протекания окислительных свободно-радикальных реакций), регулируемый другой системой – антиокислительной (молекулами–*антиоксидантами*).

Для разных типов морских беспозвоночных показано, что при изменении солености среды происходит повышенный расход антиоксидантов и развитие окислительных свободно-радикальных перекисных реакций в липидной фазе клеток организмов. Организмы, неустойчивые к опреснению (морские ежи, морские звезды) в результате быстрого израсходования антиоксидантов и резкого возрастания окислительных радикальных реакций при изменении солености быстро погибали. Наоборот, у организмов, более устойчивых к опреснению (актинии, баянусы) этот процесс протекал более медленно. Различная степень эвригалинности морских организмов оказалась тесно связанной с мощностью антиокислительных систем липидной природы.

Сравнительное изучение организмов с различной способностью выдерживать опреснение и переходить из моря в реки показало, что у организмов, способных осуществлять такой переход (проходные рыбы), мощная антиокислительная система, не дающая развиваться «разрушительным» окислительным реакциям.

Показано, что органические соединения – антиоксиданты и пероксид водорода имеют большое значение для формирования окислительно-восстановительных условий в природной воде. Эти условия, а также уровень концентрации свободных радикалов заметно воздействует на состояние обитающих в водных экосистемах организмов (само же воздействие выделяемых гидробионтами названных веществ в данном случае направлено во все стороны экологической пирамиды при рассмотрении межорганизменных трофических связей), а также на скорость окислительного разрушения растворимых естественных и загрязняющих водоем органических веществ. Похожая функция экзометаболитов существенна, вероятно, и в почвенном блоке экосистем.

Долгосрочная адаптация живого организма к меняющимся условиям среды в результате действия физических или химических факторов сопровождается возникновением «системного структурного следа», устранение которого после прекращения действия побудительного стимула открывает дорогу для создания новых структурных следов и, следовательно, получения новых адаптационных возможностей. Отсюда, вполне очевидна важность механизмов, осуществляющих «стирание» структурного следа, т.е. разборку синтезированных *de novo* структур, участвующих в адаптации. Характерным примером возникновения и устранения структурного следа является индукция мембран эндоплазматического ретикула печени организмов и локализованной в них системы оксигеназ со смешанной функцией при попадании в организм чужеродных веществ и последующая разборка индуцированных структур. Принимая во внимание, что процесс свободно-радикального перекисного окисления липидов является эффективным инструментом дезинтеграции биологических мембран клеток, было показано, что этот процесс является важным звеном механизма разрушения структурного следа в печени организмов – органе детоксикации поллютантов среды.

При действии разных по природе внешних факторов на организм в его тканях происходит нарушение характерного для интактных клеток стационарного уровня концентрации свободных радикалов, которое в определенных пределах подвержено аутостабилизации со стороны организма за счет накопления ингибиторов окисления (антиоксидантов), а при более значительных воздействиях приводит к необратимому поражению и гибели организма, в основном, в результате интенсификации деструктивных окислительных процессов. Переходы от одного стационарного уровня концентрации свободных радикалов к другому в клетках происходит в определенных пределах скоростей реакций по кривым, носящим экстремальный характер.

Свободно-радикальный баланс (отношение концентрации свободно-радикальных состояний к количеству антиоксидантов в системе) существенно изменяется при различных физиологических воздействиях и патологических состояниях организма : Е-авитаминоз, ишемия и реоксигенация конечностей, эмоционально-болевой стресс, злокачественный рост, гематологические заболевания, лучевое поражение, интоксикация биологически активными веществами [1-8]. Выявленные изменения антиокислительных систем в тканях больных были антибатны по отношению к развитию свободно-радикального окисления субстратов при тех же заболеваниях. Этим, по своей сути, иллюстрируются авторегуляторные механизмы

ответных реакций организма на молекулярном уровне. А сама авторегуляция как защитная реакция организма, по всей видимости, осуществляется изменением концентрации тканевых антиоксидантов, регулирующих концентрацию продуктов свободно-радикального окисления, и в этом смысле этот механизм можно трактовать по теории адаптационного синдрома Селье (1960).

С целью повышения адаптивных способностей организма и предупреждения вредных последствий действия на организм различных факторов среды все шире применяются фармакологические средства, среди которых заметное место занимают химические соединения, обладающие антиоксидантным действием. В первую очередь, это относится к витаминам – антиоксидантам (альфа-токоферол, аскорбиновая кислота и др.).

Существенна роль свободных радикалов в биосфере и ее частях – атмосфере, гидросфере и литосфере : образование озона (двойственная роль: «озоновый щит» на высоте 10-30 км – защита Земли и ее обитателей от поражающего действия УФ-света, но «сверхокислитель» - в нижнем ярусе тропосферы, стимулирующий высокий уровень протекания свободно-радикальных окислительных реакций неорганической и органической природы, образование оксидов азота и серы (промышленное производство), явление фотохимического смога (автотранспорт и пр.), действие сильнейшего окислителя и яда – треххлористого углерода, детергентов, пестицидов, поверхностно-активных веществ, диоксинов.

Таким образом, рассмотренные примеры демонстрируют несомненную роль свободно-радикального баланса как «химического регулятора» в эко-логических и медико-биологических Экологии системах.

Список литературы

- [1].Козлов Ю.П. Свободные радикалы и их роль в нормальных и патологических процессах. М.: МГУ, 1973, 264 с.
- [2].Kozlov Yu. P., Kagan V. E. et al. Light-induced free-radical oxidation of membrane of lipids in photoreceptors of frog retina. - Biochim. Biophys. Acta, 1973, v. 330, 15-21.
- [3].Meerson F. Z., Kagan V. E., Kozlov Yu. P., Belkina L. M., Arkhipenko Yu. V. The role of lipid peroxidation in pathogenesis of ischemic damage and the antioxidant protection of the heart. - Basic Res. Cardiol., 1982, v.77(5), 465-485.
- [4].Богдановский Г.А. Химическая экология. М.: МГУ, 1994, 238 с.
- [5].Скурлатов Ю.И., Дука Г.Г. Введение в экологическую химию. М.: Высшая школа, 1994, 399 с.
- [6].Козлов Ю.П. Химическая экология. М.: Вестник РУДН: Сер. Экология и БЖ, 1998-1999, № 3, с. 5-9.
- [7].Козлов Ю.П. Роль свободных радикалов в биосфере. М.: Вестник РУДН : Сер. Экология и БЖ, 2001, № 7, с. 13-17.
- [8].Новиков К.Н., Котелевцев С.В., Козлов Ю.П. Свободно-радикальные процессы в биологических системах при воздействии факторов окружающей среды. М.: РУДН, 2011, 199 с.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ С РАЗЛИЧНОЙ ЛАТЕРАЛИЗАЦИЕЙ ОЧАГА

Сорокина Н.Д., Селицкий Г.В., Жердева А.С., Цагашек А.В.

Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Мигрень при эпилепсии встречается довольно часто у больных эпилепсией. Как отмечает В.А. Карлов, может быть выделено 4 варианта связи мигрени и эпилепсии: 1) заболевание начинается с мигрени и постепенно присоединяются эпилептические припадки, которые начинают доминировать, 2) мигренозные и эпилептические проявления у одного и того же больного периодически сменяют друг друга, 3) мигренозные и эпилептические проявления сочетаются в одном приступе, 4) заболевание начинается с эпилептических проявлений, позже присоединяются мигренозные [1].

В исследовании были целенаправленно сформированы 2 группы пациентов с мигренью, сочетающейся с латеральной (неокортикальной) височной эпилепсией. Разделение на 2 группы производилось по параметру полушарной латерализации эпилептического очага. У обследованных

пациентов с мигренью выявляли очаг эпилептической активности (по клиническим данным, ЭЭГ и МРТ), расположенный в височной доле левого полушария (1-я группа: 28 человек - 21 женщина, 7 мужчин) или - в височной доле правого полушария (2-я группа: 27 человек - 22 женщины, 5 мужчин). Исследования проводили с соблюдением норм биомедицинской этики и правил. Для пациентов, условием формирования групп, являлось наличие эпилептических припадков во время мигренозной ауры, т.е наличие мигрелепсии. Критериями мигрелепсии являются: 1) наличие мигрени с аурой, удовлетворяющей критериям МКБ-10, 2) эпилептический приступ, развивающийся во время или в течение 1 часа после развития ауры мигрени [2]. В сформированных группах преобладали больные с типичной аурой, проявляющейся гомонимными зрительными нарушениями полей зрения. Зрительные нарушения проявлялись в виде зигзагов, точек, шаров, молниеподобных вспышек, после чего развивался приступ головной боли. Интенсивность симптомов нарастала в течение нескольких минут. Часто сверкающие образы сменялись выпадением участка поля зрения, иногда его половины (гемианопсия). Зрительные нарушения у некоторых пациентов сочетались с чувствительными, двигательными, речевыми. Всем пациентам проводили клинко-неврологическое исследование, включающее анализ головной боли по МКБ-10 и клиническим оценкам. Во 2-й группе выявили достоверные отличия ($p < 0.05$) от 1-й группы по более высокому уровню таких параметров как интенсивность боли во время мигренозных атак, влияние боли на повседневную активность, выраженность и частоту представленности сопутствующих симптомов (тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь, снижение повседневной активности). ЭЭГ регистрировали от 24 отведений, с электродами, расположенных на поверхности черепа (по системе 10-20) в стандартных условиях в фоне и при функциональных пробах: с открыванием и закрыванием глаз в начале, конце записи и между нагрузками, гипервентиляционная проба (3 мин). Обработка биоэлектрических данных проводилась с использованием программ вычисления и картирования спектрально-корреляционных показателей биоэлектрической активности головного мозга «Neurotravel».

Субъективная степень выраженности головной боли оценивалась с помощью Визуальной Аналоговой Шкала (ВАШ), опросника Качества жизни (КЖ), использовали тест оценки боли Мак-Гилла, содержащий различные характеристики боли. Достоверность различий между группами по каждому из показателей определяли с использованием статистических методов Манна-Уитни и Вилкоксона (Statistica 6.0). Всем пациентам была проведена оценка состояния автономной нервной системы по показателям вариационной пульсометрии, которые используют для оценки психофизиологического состояния при головных болях [5]. Для оценки статуса автономной нервной системы использовали систему «Варикард»-2.51. При мигрелепсии с ночными припадками преобладает симпатическое влияние на сердечную деятельность, индекс вагосимпатического взаимодействия (LF/HF) достоверно выше, чем у пациентов с дневными приступами ($p = 0,022$), а так же в 1,6 раза выше верхней границы нормальных значений. Показатель VLF выше физиологической нормы вследствие усиления активности эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции сердечного ритма [6].

Результаты исследование ритмов ЭЭГ головного мозга в 2-х группах пациентов и вариативности сердечного ритма показало достоверное отличие нейрофизиологических и клинических признаков. В результате исследования в 1-й группе на ЭЭГ выявляли левостороннюю локализацию эпилептических очагов, которая чаще сопровождалась развитием вторично-генерализованных судорожных припадков (в 63% случаев). По отчетам пациентов это группы припадки развивались преимущественно в дневное время (в 92% случаев). Поэтому мы условно назвали группу пациентов с дневными припадками. Во 2-й группе, напротив, припадки преимущественно возникали ночью (при засыпании или пробуждении) в 73% случаев, дневные припадки развивались с предшествующей мигренозной атакой. Поэтому 2-ю группу назвали группой преимущественно с ночными припадками. Во 2-й группе с очагом эпилептической активности в височной доле правого полушария, вторичная генерализация эпилептических припадков выявлялась реже – в 28% случаев. При гипервентиляции у лиц с правополушарной активностью эпилептическая активность переходила на противоположное полушарие (у 91% пациентов). В группе с левополушарной локализацией очага при гипервентиляции возникала генерализация эпилептической активности с быстрым распространением на противоположное полушарие и увеличением площади эпилептической активности на своей стороне, причем статистически значимое ($p < 0.05$) более выраженное преобладание мощности спектра в тета- и дельта диапазоне. Более тесная связь правого полушария с лимбической системой, видимо определяет у пациентов с эпилептической активностью в правом полушарии и мигренью более выраженные изменения регуляции АНС, что проявляется в показателях вариативности сердечного ритма и индексов регуляции. Напротив, пациенты с левополушарной фокальной эпилепсией и мигренью характеризовались

генерализацией эпилептической активности при гипервентиляции, но меньшей выраженностью нарушений АНС. Кроме того, эпилептизация левого полушария всегда имеет более тяжелый прогноз, чем правого [3], что имеет подтверждение и в выявляемых показателях биоэлектрической активности головного мозга. При левосторонней локализации очага имеется дефицит неспецифической активации и повышение тонуса синхронизирующих систем. Снижение тонуса восходящих активирующих механизмов при латерализации очага слева облегчает развитие припадков в дневное время, а высокая представленность медленно-волнового сна подавляет эпилептическую активность и препятствует появлению припадков сна. Следовательно, левополушарные очаги относятся преимущественно к «эпилепсии бодрствования», а правополушарные очаги – преимущественно «эпилепсии сна».

Более тесная связь правого полушария с лимбической системой, видимо определяет у пациентов с эпилептической активностью в правом полушарии и межприступными мигренозными атаками более выраженные изменения регуляции автономной нервной системы, что проявляется в показателях вариативности сердечного ритма и индексов регуляции. Напротив, пациенты с левополушарной фокальной эпилепсией и мигренью характеризовались генерализацией эпилептической активности при гипервентиляции, но меньшей выраженностью нарушений автономной регуляции (выявляли в 87% случаев нормотонию и в 8% невыраженную ваготонию). Кроме того, выраженность болевого синдрома во 1-й группе была выше, чем в 2-й. Как известно, боль при мигрени связана с периферической сенситизацией ноцицепторов сосудов твердой мозговой оболочки, вызванной выделением алгогенов вследствие развития локального нейрогенного асептического воспаления. Это, далее, вызывает центральную сенситизацию нейронов каудального ядра тройничного нерва и задних рогов верхних шейных сегментов, посредством которых происходит формирование отраженной боли в наружных покровах головы и лица [4].

Результаты нашего исследования могут служить дальнейшему совершенствованию диагностики и последующего лечения пациентов с эпилепсией и мигренью с различной полушарной локализацией эпилептического очага.

Список литературы

1. Карлов В.А., Иноземцева О.С. К проблеме взаимоотношения мигрени и эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии. 2012; Т.112, N 6, С. 89-91.
2. Первичная головная боль (Учебно-методическое пособие). Селицкий Г.В., Стулин И.Д., Сорокина Н.Д., Мусин Р.С., Сазонова А.Г.. М.: МГМСУ.2014. 48 с.
3. Сорокина Н.Д., Селицкий Г.В., Смирнов В.М. Функциональное состояние полушарий головного мозга в зависимости от латерализации эпилептического очага и тяжести эпилептического процесса. Российский медицинский журнал. 2012. N. 3. С. 10 -14.
4. Сорокина Н.Д., Селицкий Г.В., Терemenцева Е.С. Нейрофизиологические аспекты болевых синдромов челюстно-лицевой области. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т.114. № 4. С. 105-110.
5. Сорокина Н.Д., Селицкий Г.В., Терemenцева Е.С. Эффективность различных видов терапии мигрени методом биологической обратной связи. Международный научно-исследовательский журнал. 2015. № 7. С. 55.
6. Сорокина Н.Д., Селицкий Г.В., Жердева А.С. Нейробиологические аспекты эффективности биоуправления в терапии мигрени при эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116. N. 12. С. 39- 43.

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)**

**РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Берсенева Е.А., Кураков Д.А., Савостина Е.А., Седов А.А., Ушенин В.В.

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко»,
г. Москва; Комитет по здравоохранению Волгоградской области; Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования

Основной задачей государственного управления в сфере информатизации здравоохранения является проведение единой государственной политики, определенное статьей 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Несомненно, органами исполнительной власти в сфере здравоохранения данная политика проводилась и проводится постоянно, но ее реализация меняется в зависимости от актуальных задач и условий.

На наш взгляд в развитии информатизации российского здравоохранения четко определяются 4 этапа (периода):

- 1991 - 2000 годы;
- 2001- 2010 годы;
- 2010-2013 годы (программа модернизации);
- настоящий период (после реализации программы модернизации - *постмодернизационный*).

Начало целенаправленному развитию информатизации здравоохранения было положено в советский период. Государственное управление информатизацией и ее финансовое обеспечение было жестко директивным и централизованным, что характерно для государственного управления в целом в рассматриваемый период. Основное содержание работ по информатизации состояло в автоматизации задач статистического учета на союзном, республиканском и областном уровнях, и проведении комплекса НИОКР. Задачи по информатизации медицинских учреждений общей сети здравоохранения практически не ставились.

Информатизация здравоохранения в 90-х годах развивалась в условиях децентрализации управления и финансирования здравоохранением, его низкой финансовой обеспеченности, введения системы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), роста доступности персональных компьютеров. Результатом децентрализации управления стало независимое развитие процессов информатизации на федеральном уровне, на уровне субъектов Российской Федерации и на уровне медицинских учреждений.

В рассматриваемый период Минздравом России были утверждены три концепции информатизации здравоохранения (1). Однако, программы и концепции информатизации, разработанные на федеральном

уровне в этот период, не обеспечили, хотя бы на уровне регламентации процесса, единства внедрения и развития информационных систем в здравоохранении.

Мощный импульс развитию информатизации придало введение системы ОМС. Появление новых изначально алгоритмизированных учетно-отчетных задач, их конкретность при объемности информации, ведение персонализированного учета медицинской помощи, наличие финансовых средств сделали введение ОМС «точкой невозврата» в процессе информатизации здравоохранения (2).

В субъектах РФ формируются и утверждаются первые целевые программы по информатизации здравоохранения (3). В медицинских учреждениях начинается формирование ИТ-инфраструктуры, внедряются программы, разработанные для реализации задач ОМС, появляются первые электронные медицинские карты, первые крупные коммерческие проекты.

Десятилетний период децентрализации в развитии информатизации здравоохранения способствовал воплощению многих идей, возникновению неформальных сообществ, формированию рынка АИС, в том числе с однотипными задачами и функционалом. В результате активно проводимых дискуссий определяются приоритетные направления и круг задач информатизации здравоохранения, формируется понимание препятствий для информатизации и путей их преодоления.

В 2000-2010 годах информатизация здравоохранения интенсивно развивалась в условиях экономического роста страны, повышения уровня финансирования здравоохранения, введения в действие федерального закона № 152 «О персональных данных».

Начинается восстановление государственного управления информатизацией здравоохранения. Федеральным уровнем инициируется создание сети медицинских информационно-аналитических центров, в задачи которых, в том числе, входит координация процессами информатизации здравоохранения и повышение эффективности использования ИТ-инфраструктуры в субъекте Российской Федерации. Утверждена Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., один из разделов которой посвящен информатизации здравоохранения. Однако, стоит отметить крайне небольшой объем раздела по информатизации, а также констатацию проблем в данном разделе при полном отсутствии предложений по развитию информатизации.

Активизируется государственное управление информатизацией здравоохранения на уровне субъектов РФ: расширяется процесс утверждения региональных целевых программ по информатизации здравоохранения, появляются первые разработки информационных систем регионального уровня, обеспечивающие формирование единого информационного пространства медицинских учреждений, органов управления здравоохранением и территориального фонда ОМС (3). Появление таких информационных систем свидетельствует о повышении роли государственного управления не только в части информатизации, но и в целом управления территориальной системой здравоохранения на уровне субъектов РФ.

Ввиду достаточно благоприятной экономической ситуации и наличия относительной финансовой самостоятельности интенсивно проводится внедрение информационных систем и развитие ИТ-инфраструктуры в медицинских учреждениях. Так, если в 2000 году число ЭВМ (включая ноутбуки, исключая mainframe) в медицинских учреждениях составляло 100 007 единиц, то в 2010 году оно составило 423 840 единиц. Именно в этот период происходит переход от автоматизации фиксированного набора функций (АРМ) и автоматизации отдельных задач к комплексной информатизации медицинских учреждений (5) и территориальных систем здравоохранения и ОМС, от локальных к распределенным информационным системам, построенным на сочетании централизованных и децентрализованных режимов хранения и обработки данных.

Результатом интенсивного развития информатизации здравоохранения в 2000-2010 гг. является:

- постепенное восстановление роли государственного управления в информатизации здравоохранения;
- разработка и внедрение основных типов информационных систем при разнообразии их реализации;
- формирование значительной дифференциации уровня информатизации как субъектов РФ, так и медицинских учреждений;
- формирование круга фирм и специалистов, специализирующихся на разработках в сфере здравоохранения.

Результаты информатизации здравоохранения 2000-2010 гг. стали базисом реализации программы модернизации здравоохранения в субъектах РФ в части ИТ-технологий.

В 2011-2014гг. в здравоохранении реализуется программа модернизации, в том числе подпрограмма по внедрению современных информационных технологий. Все задачи информатизации и подходы их реализации по программе модернизации были достаточно жестко регламентированы федеральным уровнем. Решением заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по развитию информационного общества в Российской Федерации (утверждено 30 декабря 2010 г. № А4-18040) был утвержден порядок реализации региональных программ модернизации здравоохранения в части внедрения информационных технологий. Приказом Минздравсоцразвития России № 364 от 28.04.2011г. была утверждена концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, издан комплект методических рекомендаций. Из 30 млрд.руб, затраченных на программу модернизации в части ИТ, 20 млрд.руб. было выделено из федерального бюджета. Таким образом, роль федерального государственного управления в информатизации здравоохранения в период проведения программы модернизации была абсолютно определяющей.

Интересно отметить практическое отсутствие научных работ по медицинским специальностям по анализу результатов развития информатизации здравоохранения в рамках программы модернизации в Российской Федерации. По данным Ушенина В.В. (6) число закупленных компьютеров в этот период превысило 970 тыс. единиц, число медицинских учреждений, в которых были внедрены персонафицированный учет медицинской помощи и электронные медицинские карты, превысило 13 тысяч учреждений. Электронная регистратура также была внедрена более, чем в 13 тысячах учреждений. О масштабности работ свидетельствует тот факт, что по данным Росстата в на 01.01.2014 г. число больничных государственных организаций составило 5 392, амбулаторно-поликлинических – 17 106. Были сформированы основы единой государственной информационной системы здравоохранения.

При всех проблемах программа модернизации несомненно вывела информатизацию здравоохранения на абсолютно новый уровень как в аспекте внедрения информационных технологий, так и в аспекте понимания проблем и задач информатизации. В процессе проведения программы модернизации была восстановлена роль государственного управления информатизацией здравоохранения, а также произошел переход к межведомственному характеру государственного управления информатизацией здравоохранения. Иллюстрацией данного положения является тот факт, что все программы модернизации в части внедрения ИТ-технологий согласовывались субъектами РФ не только Минздравом России и Федеральным фондом ОМС, но Минкомсвязи России. Значение перехода к межведомственному управлению информатизацией здравоохранения нам еще предстоит оценить.

В настоящий период (после реализации программы модернизации), несмотря на прекращение федерального финансирования, роль государственного управления информатизацией и его межведомственного характера не только не снизилась, но и продолжает возрастать. И прежде всего, растет роль федерального уровня управления.

Минздравом России инициируется формирование в субъектах РФ «дорожных карт» по развитию Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, разработан и решением президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 25 октября 2016 года утвержден как приоритетный проект «Электронное здравоохранение», определены задачи информатизации здравоохранения на предстоящий период, значительная часть из которых получила свое законодательное (7).

Таким образом, на протяжении всего периода развития информатизации здравоохранения в Российской Федерации роль государственного управления данным процессом, которая в 90-е годы была практически утеряна, была восстановлена и постоянно возрастает при росте приоритета федерального уровня государственного управления.

Список литературы

1. Пашкина Е.С., Зарубина Т.В. О программах информатизации здравоохранения России (обзор)/ «Врач и информационные технологии», 2009, № 6.
2. Шустерман И.Л. ИТ в здравоохранении: от первых идей к современному состоянию/PC Week/RE №7 (884) (<https://www.itweek.ru/idea/article/detail.php?ID=171454>; 2015г; дата обращения: 28.08.2017).

3. Савостина Е.А. Научное методологическое обоснование формирования региональной информационной системы здравоохранения на основе современных программных технологий. Автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н., ЦНИИОиИЗ», М., 2004.
4. ГОСТ Р 52636-2006. Национальный стандарт Российской Федерации «Электронная история болезни. Общие положения» (<http://vsegost.com/Catalog/38/385.shtml>; дата обращения: 28.08.2017)).
5. Берсенева Е.А. Информационные системы в управлении лечебно-профилактическим учреждением // Врач и информационные технологии. - 2006. - № 4. - С. 75.
6. Ушенин В.В. Комплексная оценка эффективности реализации программ модернизации здравоохранения в части внедрения современных информационных технологий. М., 2017.
7. Федеральный закон от 29 июля 2017 г. N 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья" (<http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1126336/#ixzz4qm2GwX4Q>; дата обращения: 28.08.2017).

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Геворкян А.Р., Берсенева Е.А.

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

В структуре онкологической заболеваемости мужского населения РПЖ занимает первое место в г. Москве (с удельным весом 21,2% в 2015 г.) и второе место в РФ (с удельным весом 14,4% в 2015 г.).

Полнота и своевременность выявления РПЖ, а значит и результативность лечения, зависит, в первую очередь, от эффективности функционирования первичного – амбулаторного звена урологической службы, на которое возложена важная задача осуществления диспансеризации населения.

В соответствии с целью нашего исследования нами обобщен опыт работы амбулаторной урологической службы Западного административного округа (ЗАО) г. Москвы по активному выявлению болезней предстательной железы, в т.ч. РПЖ.

Для осуществления данного направления деятельности урологической службы в ЗАО в 2015 году проведен забор крови на анализ простатоспецифического антигена (ПСА) у 26092 мужчин. У 786 мужчин при прохождении скрининга выявлено повышенное содержание ПСА, что составило 3,0% от всего количества мужчин, прошедших скрининг. Забор крови на анализ ПСА производился в каждой поликлинике без ограничений. Взятые образцы материала на анализ ПСА направлялись в лаборатории, находившиеся в клиничко - диагностическом центре № 4 и ГБУЗ «городской поликлинике № 195 ДЗМ».

Количество мужчин, прошедших ультразвуковое исследование простаты (трансабдоминальным доступом), составило 14848 (56,9%), ТРУЗИ – 1878 (7,2%) мужчин. 663 больным было выполнено биопсию предстательной железы, 555 пациентов направлено на биопсию предстательной железы в другие ЛПУ.

В результате активного выявления болезней предстательной железы среди мужского населения ЗАО г. Москвы в 2015 г. диагноз хронического простатита поставлен 2501 мужчинам (9,6% от прошедших анализ на ПСА), доброкачественная гиперплазия предстательной железы – 6955 (26,7%), рак предстательной железы – 319 (1,2%).

По сравнению с 2011 г., увеличилась частота диагностики РПЖ и снизилась частота выявления хронического простатита и ДГПЖ. Благодаря осуществлению активного выявления болезней предстательной железы среди мужского населения % случаев РПЖ выявлено на I и II стадиях.

Внедрение активного обследования мужчин для выявления РПЖ путем определения уровня простатоспецифического антигена (ПСА) приводит к увеличению потока пациентов, которым показана биопсия предстательной железы (ПЖ), являющаяся в настоящее время признанным «золотым стандартом» в диагностике РПЖ.

Биопсия ПЖ предоставляет врачу необходимую информацию о наличии измененных тканей предстательной железы, а именно: простатической интраэпителиальной неоплазии (ПИН) высокой и низкой градации, атипической мелкоацинарной гиперплазии (ASAP), либо РПЖ, о локализации опухоли,

протяженности опухоли в биоптате, наличии периневральной, перивазальной инвазии, вовлечение в неопластический процесс капсулы ПЖ, стадии дифференцировки опухолевых клеток (градация по шкале Глисона).

Актуальным направлением усовершенствования организации работы урологической службы, нацеленным на повышение ее доступности для населения, а также эффективного использования ресурсов в сфере здравоохранения, является внедрение медико-организационных технологий, позволяющих осуществлять малоинвазивных диагностических вмешательств (таких как биопсия предстательной железы) в амбулаторных условиях.

На базе урологического отделения филиала № 2 ГБУЗ ГП № 195 ЗАО г. Москвы уже более 8 лет успешно функционирует служба по проведению ряда малоинвазивных диагностических и хирургических вмешательств. Централизованная координация работы врачей специалистов разных уровней в пределах административного округа позволяет не отступать от внедренных стандартных методик проведения инвазивных манипуляций и алгоритмов ведения больного.

За 5-летний период с 2011 по 2015 годы в урологическое отделение были направлены для дообследования в связи с подозрением на РПЖ 2550 пациентов, в возрасте от 50 до 78 лет (средний возраст – 62года), которым в условиях дневного стационара была выполнена биопсия предстательной железы. Стандартное обследование пациентов перед биопсией заключалось в проведении физикального обследования, включая пальцевое ректальное исследование (ПРИ), измерение уровня ПСА, трансректальное УЗИ ПЖ. Пациентам со значением ПСА больше 4 нг/мл выполняли трансректальную мультифокальную биопсию ПЖ по стандартной методике из 12 точек.

По результатам гистологических исследований биопсийного материала 2550 пациентов РПЖ был выявлен у 877 пациентов, таким образом, выявляемость рака простаты составила 34,4%.

Для оценки целесообразности и эффективности осуществления биопсии в условиях дневного стационара нами сопоставлены статистические данные, полученные в амбулаторных условиях, с показателями стационаров соответствующего городского округа. В городских больницах ЗАО, а именно в ГКБ № 31, ГКБ № 51 и ГКБ № 17 за период с 2011 по 2015 год в общей сложности было выполнено 1401 биопсий предстательной железы. У 638 мужчин был верифицирован РПЖ. Среднее количество биопсий выполненных во всех стационарах ЗАО г. Москвы за год составило 280,2 биопсий, а выявляемость РПЖ составила 127,6 (45,5%).

В урологическом отделении филиала № 2 городской поликлиники № 195 за период с 2011 по 2015 год включительно среднее количество выполненных биопсий за год составило 424,6 а выявляемость РПЖ – 153,4 (34,4%). Таким образом, из вышеприведенных данных следует, что при сопоставимой со стационарами выявляемости РПЖ в одном крупном амбулаторном урологическом центре выполняется в среднем на 50% биопсий больше (424,6 против 280,2), чем в трех стационарах за сопоставимый период времени.

Анализ частоты осложнений при осуществлении биопсии простаты в урологическом отделении филиала № 2 ГП № 195 за период 2011-2015гг. показал, что биопсия простаты у 20 (1%) пациентов осложнилась прямокишечным кровотечением, у 17 (0,8%) пациентов в ближайший послеоперационный период развился острый орхоэпидидимит, у одного пациента (0,04%) – острая задержка мочеиспускания, у трёх пациентов (0,14%) отмечалась кратковременная потеря сознания во время манипуляции. Частота осложнений при осуществлении биопсии в условиях дневного стационара не превышала частоту осложнений в условиях круглосуточных стационаров.

Таким образом, учитывая негативные тенденции в заболеваемости РПЖ, важным направлением усовершенствования системы урологической помощи населению, нацеленным на повышение своевременности выявления данной патологии, является оптимизация работы ее первичного звена – амбулаторной урологической службы. Внедрение скрининговых программ и создание необходимой материально-технической базы для осуществления биопсии предстательной железы в амбулаторных условиях – важные организационные составляющие реализации данного направления деятельности урологической службы.

Результаты исследования в дальнейшем будут использованы при обосновании основных направлений усовершенствования амбулаторной урологической помощи городскому населению и разработке модели окружного урологического центра, направленной на повышение доступности и качества урологической помощи [1,2].

Список литературы

1. Грачева Т.Ю. / Научно-организационное обоснование системы информационного обеспечения в негосударственных ведомственных лечебно-профилактических учреждениях. // диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения". Москва, 2006. – 250 с. с прилож
2. Каминская О.Н. / Каминская О.Н., Самусь И.В., Грачева Т.Ю. // Анализ претензий и жалоб в частном здравоохранении – Забайкальский медицинский вестник. – 2014. – № 1. – С. 4-8.

ФОРМИРОВАНИЕ ЕДИНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ КАК СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЙ ПО СОХРАНЕНИЮ И УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Задворная О.Л.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования г. Москва

В Российской Федерации профилактика является приоритетным принципом охраны здоровья населения, определен порядок организации и проведения мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни населения, выявлению заболеваний и их факторов риска в рамках профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения [1].

Ключевую роль в решении поставленных задач играет система медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья граждан Российской Федерации с использованием межведомственного взаимодействия в целях создания единой профилактической среды [2].

Основными задачами межотраслевой стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни граждан являются:

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

Международное сообщество широко поддерживает европейскую стратегию Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) в области профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями [7].

В 2012 г. Европейский регион ВОЗ принял новые подходы к реализации европейской политики в области здравоохранения, направленной на поддержку деятельности государства и общества в области сохранения и улучшения здоровья населения [6].

Основные причины преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности в Европейском регионе хорошо известны.

Две трети случаев преждевременной смерти в Европейском регионе вызваны четырьмя основными неинфекционными заболеваниями: сердечно - сосудистые заболевания, диабет, онкологические заболевания, хронические заболевания органов дыхания.

В основе профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями лежат комплексные мероприятия, направленные на предупреждение развития и прогрессирования заболеваний посредством формирования здорового образа жизни, коррекции провоцирующих факторов риска неинфекционных заболеваний, улучшения качества жизни населения, увеличения численности трудовых ресурсов и экономического потенциала страны.

Воздействие на основные факторы риска (употребление табака и алкоголя, нездоровый рацион питания, недостаточная физическая активность, гипертензия, ожирение и факторы окружающей среды) позволяет предотвратить около 80% болезней сердечно - сосудистой системы, около 40% случаев онкологических заболеваний [5].

В 2013 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения принят Глобальный План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями на 2013–2020 гг. Основная цель Плана действий заключается в предотвращении преждевременной смертности от управляемых причин; снижении неинфекционных заболеваний за счет комплексных действий по улучшению качества жизни населения; развитию популяционных программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний; максимальном охвате населения услугами в области сохранения и укрепления здоровья [7].

Основу стратегических действий по формированию единой профилактической среды в области профилактики неинфекционных заболеваний и укреплению здоровья составляют мероприятия, направленные на:

1. Снижение популяционного риска неинфекционных заболеваний в масштабах всего населения путем повышения мотивации к здоровому образу жизни, воздействия на управляемые факторы риска неинфекционных заболеваний: курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, употребление алкоголя.

2. Снижение доли граждан с высоким индивидуальным риском неинфекционных заболеваний на основе индивидуального подхода, включающего коррекцию поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний: ожирение, артериальная гипертония, гиперлипидемия, гипергликемия.

3. Предупреждение развития осложнений у граждан, имеющих неинфекционные заболевания в рамках диспансерного наблюдения в первичном звене здравоохранения, в том числе контроль течения артериальной гипертонии, атеросклероза и его осложнений, ранее пролеченных онкологических заболеваний, обструктивных заболеваний легких, сахарного диабета.

4. Оказание специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи населению в рамках вторичной профилактики неинфекционных заболеваний.

Шестидесят шестая сессия Европейского регионального комитета ВОЗ (12–15 сентября 2016 г., Копенгаген) утвердила новый План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ [3].

План действий отражает новые фактические данные, последние достижения и успехи, приоритетные области действий и вмешательства в течение десяти лет (2016–2025 гг.), направленные на создание единой профилактической среды, достижение глобальных и европейских целей по сокращению преждевременной смертности и бремени болезней, повышение качества жизни, обеспечение ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

Основным стратегическим подходом нового Плана действий является всесторонний межсекторальный подход к борьбе с неинфекционными заболеваниями, основанный на интеграции политики и практики. Единая профилактическая среда должна включать комплексные программы, направленные на профилактику и борьбу с факторами риска и их глубинными детерминантами; развитие популяционных программ укрепления здоровья и профилактики; активную работу с группами населения и индивидуумами, подверженными высокому риску; максимальном охвате населения услугами эффективного лечения и ухода.

Сокращение преждевременной смертности и снижение заболеваемости представляет собой актуальную задачу применительно к людям всех возрастов, однако, следует отметить, что в будущем, бремя болезней будет расти, в первую очередь, для людей старшего возраста. Необходимо обеспечить, чтобы люди старше 70 лет, могли дольше, по сравнению с предшествующими поколениями, жить без инвалидности. Все более распространенными становятся сочетанные заболевания: по оценке ВОЗ, они встречаются примерно у 65% людей в возрасте старше 65 лет, в связи с чем требуются более комплексные, ориентированные на пациентов, модели оказания медицинской помощи.

Структурная и технологическая модернизация системы здравоохранения Российской Федерации требует дальнейшего совершенствования превентивных мер по снижению заболеваемости и смертности населения. В рамках реализации законодательных актов и нормативных документов в сфере здравоохранения предусмотрена разработка мероприятий по раннему выявлению заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, проведение профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений [4].

Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у граждан, в том числе несовершеннолетних, включают комплекс следующих мероприятий:

1) проведение мероприятий по гигиеническому просвещению, информационно-коммуникационных мероприятий по ведению здорового образа жизни, профилактике неинфекционных заболеваний;

2) выявление нарушений основных условий ведения здорового образа жизни, факторов риска развития неинфекционных заболеваний;

3) оказание медицинских услуг по коррекции (устранению или снижению уровня) факторов риска развития неинфекционных заболеваний, профилактике осложнений неинфекционных заболеваний, включая направление пациентов по медицинским показаниям к врачам-специалистам;

4) проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

5) проведение диспансерного наблюдения граждан с высоким риском развития или больных неинфекционными заболеваниями.

Таким образом, профилактика и контроль неинфекционных заболеваний требуют регулирования и реализации широкого ряда многоуровневых и межсекторальных (межведомственных) мер, направленных на весь спектр детерминант неинфекционных заболеваний с целью создания необходимых условий для ведения населением здорового образа жизни, сохранения и улучшения здоровья.

Список литературы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. N 294 "Об утверждении [государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"](#)"
3. Задворная О.Л., Борисов К.Н. Реализация Европейской политики ВОЗ в области сохранения и укрепления здоровья граждан в РФ" //Сборник научных трудов международной научно-практической конференции "Актуальные проблемы и достижения в медицине". Самара. 11.04.2017 г. С.47-52.
4. Задворная О.Л., Борисов К.Н. Организация работы по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни населения в амбулаторно-поликлинических учреждениях. М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. – 76 с.
5. Задворная О.Л. Управляемые факторы риска неинфекционных заболеваний.// Сборник статей Международной научно-практической конференции "Проблемы, перспективы и направления инновационного развития науки". Пермь. 08.07.2017 г. С. 185-187.
6. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020>).
7. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2014 (<http://www.who.int/ru>).

СЕКЦИЯ №27.

ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Мошуров И.П., Шаврина Ю.А.

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

Наиболее часто метастазы различных злокачественных опухолей выявляются в печени [5]. Трудности диагностики мелких метастатических узлов, множественное билобарное поражение печени, выполнение первичных операций хирургами, не владеющими методами резекций печени, обуславливают крайне низкую эффективность при радикальных операций у этих пациентов – лишь примерно у 10% [1,3,6]. Наиболее часто метастатически печень поражается при колоректальном раке [5-6]. В случае резектабельности послеоперационная пятилетняя выживаемость больных с метастатическим раком печени

достигает около 40% [1,3,5]. В плане улучшения результатов лечения больных с этой патологией целесообразным считается комбинированное лечение [2,5], которое применяется в виде неoadьювантной и адьювантной химиотерапии или рентгенэндоваскулярной локорегиональной химиотерапии [2-6]. В данной статье представлен литобзор метода лечения больных с метастатическим раком печени с применением рентгенэндоваскулярной региональной химиотерапии (РЭРХТ).

Интервенционная радиология в настоящее время является одним из самых приоритетных направлений. Химиоинфузия в печеночную артерию (ХИПА) позволяет создать высокую концентрацию препарата в ограниченной анатомической области. Так называемый эффект “первого прохождения” обеспечивает высокую экстракцию цитостатика в опухолевых сосудах.

Основным показанием к ХИПА является лечение нерезектабельного рака печени без поражения других органов. Противопоказания к ХИПА включают отсутствие гистологического подтверждения, внепеченочное распространение опухоли, недостаточные функциональные резервы печени: объем опухоли более 70% объема органа, рак на фоне тяжелого сопутствующего цирроза, тромбоз основных ветвей воротной вены, гипербилирубинемия более 50 мкмоль/л.

Используют чрескожную или интраоперационную катетеризацию печеночной артерии. Несмотря на меньшую травматичность по сравнению с хирургической, чрескожная ХИПА имеет существенные недостатки в виде частичной или полной имобилизации больного, возможного смещения катетера, неизбежного попадания цитостатика в пузырную и правую желудочную артерии, что может привести к возникновению химического холецистита и язвы желудка.

Хирургическая катетеризация в настоящее время является основным доступом, однако также имеет серьезные недостатки: необходимость лапаротомии и наркоза, технические трудности при нетипичных вариантах печеночной артерии, нарушение перфузии цитостатика. Выведенный наружу конец катетера подключают к порту или помпе, которые во время операции погружают под кожу и фиксируют к фасции, как правило, в правом подреберье.

При разных морфологических формах поражения печени для ХИПА используют 5-фторурацил, FUDR, доксорубин и его производные, митомин С, производные платины, кармустин, винкристин. Доза препарата на курс примерно такая же, как для внутривенного введения, при этом системная токсичность обычно менее выражена. Большинство протоколов заключается в проведении 1-2-недельных курсов ХИПА с перерывами между ними 3-6 нед.

Средняя продолжительность жизни больных с колоректальными метастазами в печень, получавших ХИПА, составляет от 11-26 мес., а медиана выживаемости 14-22 мес. Прогрессирование метастазов в печень удается остановить более чем у половины больных, однако они погибают от генерализации опухоли и метастазов в другие органы, как правило, в легкие и кости. Из неколоректальных раков относительно удовлетворительные результаты получены при лечении метастазов в печень меланомы, рака желудка и молочной железы. К сожалению, ХИПА малоэффективна при ГЦР и других первичных опухолях печени и желчных путей.

Эффект эмболизации основан на ишемическом повреждении опухоли путем окклюзирования печеночной артерии. В качестве эмболизатов используют аутогемостатки, кусочки гемостатической губки, частицы поливинилалкоголя, металлические спирали и другие материалы. Химиоэмболизация печеночной артерии сочетает в себе два указанных выше метода. Наиболее современной является масляная химиоэмболизация (МХЭПА), при которой в печеночную артерию вводят смесь водного раствора химиопрепарата с масляным контрастным препаратом, после чего выполняют окклюзирование печеночной артерии. Масляная химиосуспензия попадает как в опухолевую, так и здоровую ткань печени. Патологические опухолевые сосуды не имеют мышечной стенки, что приводит к длительной задержке в них препарата. Таким образом при однократном введении достигается эффект пролонгированной химиотерапии, поскольку цитостатик медленно диффундирует в опухоль. Окклюзия печеночной артерии еще более способствует удлинению контакта препарата с клетками опухоли и усиливает его действие.

Показания и противопоказания к МХЭПА такие же, как к ХИПА. Опухолевый тромбоз ветвей воротной вены является относительным противопоказанием, так как в этом случае может быть выполнена суперселективная МХЭПА или инъекция масляной химиосуспензии без окклюзирования печеночной артерии.

После МХЭПА наблюдается некроз очагов ГЦР, степень которого варьирует от 50% до 95%. При метастатическом поражении этот показатель значительно меньше: 20-50%. Полный некроз опухоли достигается, к сожалению, лишь в единичных случаях.

Неоперабельные злокачественные опухоли печени – основной объект для МХЭПА. У большинства пациентов после МХЭПА наблюдаются субъективное улучшение, нормализация показателей лабораторных анализов, снижение уровня альфа-фетопротеина. Уменьшение размеров опухоли по данным КТ наблюдается у 34-50% больных.

Заключение Лечебные рентгеноэндovasкулярные процедуры у больных с нерезектабельными злокачественными опухолями печени являются малоинвазивными и относительно безопасными методиками.

Методы интервенционной радиологии играют важную роль в лечении нерезектабельных злокачественных опухолей печени. Масляная химиоэмболизация – эффективный способ лечения нерезектабельных первичных и метастатических опухолей печени. По данным многих авторов, регионарная химиотерапия при сравнении с системной позволяет значительно увеличить число положительных ответов на химиотерапию. С развитием современных методов интервенционной радиологии открываются новые перспективы в лечении больных злокачественными опухолями печени.

Список литературы

1. В.А. Вишнеvский [и др.]. Операции на печени: Руководство для хирургов / - М., 2003.
2. Гранов, Д.А. Рентгеноэндovasкулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени / Д.А. Гранов, П.Г. Таразов. – СПб.: Фолиант, 2002.
3. Котив, Б.Н. Регионарная химиотерапия при комбинированном лечении больных с метастазами колоректального рака в печень / Б.Н. Котив, С.А. Алентьев, И.И. Дзиндзава //Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - Т.13, № 3. - С. 9-14.
4. Мамонтов К.Г. [и др.] /Резекции печени с неoadьювантной химиотерапией по поводу метастазов колоректального рака //Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – Т.12, № 3. – С. 137-138.
5. Патютко, Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени / Ю.И. Патютко. - М.: Пр
6. Хирургия печени и желчных путей / под ред. М.А.Нартайлакова. – Ростов- на-Дону: Феникс, 2007.

СЕКЦИЯ №28.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)

СЕКЦИЯ №29.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)

СЕКЦИЯ №30.

ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Пермякова А.В.Дерюшева., А.Ю.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера Минздрава РФ

Актуальность. В настоящее время наиболее частыми возбудителями асептических менингитов являются энтеровирусы, при этом до 75% заболевших составляют дети в возрасте до 14 лет [1,2].

Цель: выявить возрастные особенности менингеальной формы энтеровирусной инфекции у детей.

Материалы и методы: для ретроспективного исследования методом сплошной выборки сформирована группа из 43 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, госпитализированных в детское отделение инфекционной больницы г. Перми в 2016 году по поводу менингеальной формы энтеровирусной инфекции

(ЭВИ). Возрастная структура представлена двумя группами: младшая - 23 ребенка в возрасте от 1 до 8 лет (53,5%), старшая - 20 детей в возрасте от 9 до 14 лет (46,5%). Большинство детей (81,9%) посещали детские дошкольные/школьные учреждения.

Стандартное стационарное обследование включало общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови. Диагноз устанавливался на основании типичной клинической картины и результатов молекулярно-генетического метода. Методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) исследованы образцы спинномозговой жидкости (СМЖ); мазки (смывы) из ротоглотки; образцы фекалий, полученные от больных менингитом в первые дни болезни. Выявление РНК энтеровирусов выполняли в соответствии с инструкцией по применению наборов реагентов «Ампли Сенс Enterovirus –EPh» и «Ампли Сенс Enterovirus – FL» производства ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора (г. Москва). Исследования проведены на термоциклерах: «Терцик» («ДНК-Технология», Москва), «GeneAmp-2400» («Applied Biosystems») и Rotor Gene 6000 (Corbett Research). Результаты наблюдений статистически обработаны с использованием программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты. В группе детей младшего возраста достоверно чаще отмечалось сочетание менингита с герпангиной: 43,4% (10/23) против 10% (2/20) в старшей группе, $p=0,036$. Энтеровирусная экзантема была зарегистрирована без статистически значимых различий у 17,4% (4/23) детей младшей и 10% (2/20) старшей группы.

В клинической картине ЭВИ-менингитов общеинфекционный синдром проявлялся острым началом заболевания с повышения температуры до $37,6-38,5^{\circ}\text{C}$ с длительностью, в среднем, $5,1\pm 0,22$ дня. Нарушение общего состояния детей, независимо от возраста, характеризовалось слабостью и недомоганием, вялостью; реже – нарушением сна, возбудимостью, беспокойством; в единичных случаях – судорожным синдромом. При поступлении в стационар у пациентов, также без возрастных различий, отмечали наличие катаральных явлений: кашель (8%), насморк (9,3%), заложенность носа (7%). Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта такие, как боль в животе, имели место у 10,7% детей только младшей возрастной группы; расстройство стула - у 12,5% детей старшей возрастной группы. У 1 ребенка младшего возраста была выявлена гепатоспленомегалия, вероятно, преморбидного происхождения.

Ведущими симптомами поражения центральной нервной системы были рвота и головная боль, отмечаемые от 89 до 100% детей обеих групп. Менингеальные симптомы наблюдали у всех детей старшей возрастной группы и у 91,3 % (21/23) младшей. Ригидность затылочных мышц регистрировалась в 78,2% случаев (18/23) в младшей группе и у всех детей старшей группы; симптомы Кернига и Брудзинского - в 82,6% и 100,0% детей, также без статистически значимых различий. Доля детей с наличием полного менингеального комплекса составила 26,0% (6/23) в младшей и 30,0 % (6/20) в старшей группе.

Всем пациентам на 1-3 день заболевания с диагностической и лечебной целью проводилась люмбальная пункция. При анализе спинномозговой жидкости средний показатель цитоза в младшей группе составил $251,5\pm 42,2\times 10^6/\text{л}$. носил смешанный характер (нейтрофилы – 69,5%, лимфоциты – 30,5%) с преобладанием в 2,3 раза нейтрофилов. В старшей группе цитоз – $152,5\pm 24,9\times 10^6/\text{л}$ ($p=0,05$), с преобладанием лимфоцитов (70,0%, нейтрофилы-30%) (Рис.1).



Энтеровирусная природа менингита была подтверждена у 60,8 % (14/23) больных в младшей группе, и у 95,0% (19/20) детей старшей возрастной группы, $p=0,02$. В младшей возрастной группе среди 9

детей с ПЦР-отрицательным ликвором в отношении ЭВИ у 7 человек РНК энтеровируса была обнаружена в соскобе из ротоглотки. Ни в одной из исследуемых сред РНК вируса не определена у 21,7% (5/23) в младшей группе, и у 5,0% (1/20) в старшей группе.

Общий анализ периферической крови показал, что у детей младшей группы в гемограмме достоверно чаще регистрировался лейкоцитоз (53,0% против 12,0%, $p=0,012$). Лейкопения отмечалась у 8,7 % детей младшей группы против 40,0 % в старшей, $p=0,039$. Что касается лейкоцитарной формулы, то в младшей группе достоверно преобладал нейтрофилез (78,2 % против 35,0%, $p=0,011$).

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить некоторые возрастные клинико-лабораторные отличия ЭВИ-менингитов у детей в возрасте от 1 года до 14 лет.

Выводы:

1. В клинической картине ЭВИ-менингита у детей в возрасте от 1 до 8 лет достоверно чаще отмечается сочетание менингита с герпангиной 43,4%(10/23), против 10% (2/20), $p=0,036$.
2. У детей младшей возрастной группы достоверно чаще регистрируется повышенное содержание лейкоцитов в гемограмме (53,0% против 12,0%, $p=0,012$), с преобладанием нейтрофилеза (78,2% против 35,0%, $p=0,011$).
3. У детей младшей возрастной группы при анализе спинно-мозговой жидкости плеоцитоз носил выраженный нейтрофильный характер (69,5% против 30,0%, $p=0,02$), со средним значением $251,5\pm 42,2$, в старшей группе плеоцитоз был лимфоцитарным (среднее значение $152,5\pm 24,9$) $p=0,05$.
4. В младшей возрастной группе энтеровирусная природа менингита подтверждается методом ПЦР из ликвора только в 60,8 % (14/23) случаев, против 95,0% (19/20) детей старшей возрастной группы, $p=0,02$.

Список литературы

1. Скачков М.В., Денисюк Н.Б. Энтеровирусные заболевания у детей г Оренбурга на этапе подъема заболеваемости// Детские инфекции. 2011; 4: 60—3.
2. Симованьян Э.Н., Денисенко В.Б., Бовтало Л.Ф., Белугина Л.В. и др. Клинико-лабораторная характеристика инфекции, вызванной энтеровирусом-71, у детей // Детские инфекции. — 2014. — № 3. — С.12—19.

СЕКЦИЯ №31.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)

СЕКЦИЯ №32.

ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)

СЕКЦИЯ №33.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)

СЕКЦИЯ №34.

РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)

СЕКЦИЯ №35.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)

СЕКЦИЯ №36.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)

СЕКЦИЯ №37. СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ МИКРОБИОТЫ РТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА В КЛИНИКЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Калинина А.Н., Лашко И.С., Степанов А.Ф., Глазкова Е.В., Некрасова Е.А.

Институт повышения квалификации ФМБА России, г. Москва

Резюме. Представлены результаты выявления пародонтопатогенов и других представителей микробиоты рта у здоровых и больных пародонтитом перед подготовкой к дентальной имплантации методом ПЦР-диагностики. Установлена степень элиминации патогенной микрофлоры рта после проведенного курса лечения пародонтита.

Ключевые слова: пародонтит, имплантация, микробиота, лечение, ПЦР-диагностика.

Введение. Основным этиологическим фактором воспалительных заболеваний пародонта в настоящее время считаются микроорганизмы, прежде всего, пародонтопатогенные бактерии [1,4]. Микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности вызывают воспалительно-дегенеративные изменения тканей пародонта. Риск прогрессирования заболевания и резистентности к лечению выше при комбинации нескольких видов патогенных микроорганизмов.

В связи с этим при обследовании пациентов с пародонтитом, в частности при подготовке к операции дентальной имплантации, необходима информация о наличии в пародонтальных карманах инфекционных агентов, что связано с задачей рационального выбора антибактериальных препаратов, адекватных методик лечения и контроля эффективности лечения. В ряде случаев недостаточная эффективность лечения может быть связана с вовлечением в этиопатогенез пародонтита не только бактерий, но и вирусов и грибов кандиды, актиномицет, хламидий.

Цель исследования: совершенствование диагностики и контроля эффективности лечения пародонтита с использованием молекулярно-генетического исследования содержимого пародонтальных карманов перед дентальной имплантацией.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 300 человек (154 женщин, 146 мужчин), обратившихся в Клинический центр стоматологии ФМБА России и ряд других стоматологических клиник Москвы в связи с проявлениями хронического генерализованного пародонтита (ХГП; K05.3). Возраст обследованных варьировал от 32 до 56 лет (в среднем $41,3 \pm 1,2$ лет). После проведенного пародонтологического лечения у 46 человек были установлены дентальные имплантаты (ICX, Германия) по двухэтапной методике. Лечение пародонтита проводилось с использованием стандартных терапевтических, хирургических и ортопедических методик [2]. Контрольная группа лиц с здоровым пародонтом включала 122 человека с средним возрастом $21,6 \pm 0,7$ лет. При оценке состояния пародонта, наряду с клиническим обследованием, проводилось необходимое рентгенологическое обследование и индексная оценка состояния пародонта и гигиены.

Молекулярно-генетическая диагностика микрофлоры пародонтальных карманов проводилась до и после лечения пародонтита в ходе подготовки к имплантации с использованием реактивов НПФ «Гентех» (Россия) и прибора «Терцик МС2» НПФ «ДНК-технология» (Россия) [3,5,6]. Определение возбудителя используемым набором реактивов интерпретировалось как «обнаружено» или «не обнаружено», кроме того дополнялось по интенсивности полос на электрофореграмме в соответствии концентрацией инфекционного возбудителя в терминах: «+» – очень слабый ответ, «++» – слабый ответ, «+++» – средний ответ и «++++» – сильный ответ. Определялись следующие составляющие микробиоты рта: Pi – *Prevotella intermedia*, Tf – *Tannerella forsythensis*, Td – *Treponema denticola*, Aac – *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, Pg – *Porphyromonas gingivalis*, *Chlamydia trachomatis*, Herpes simplex virus, Human cytomegalovirus, Epstein-Barr virus, *Candida albicans*.

Результаты исследований. При обследовании с помощью мультипраймерного набора содержимого десневой борозды у 122 лиц со здоровым пародонтом выявлена ДНК Aac у 4,1% обследованных, Pi – у 0,8%, Tf – у 3,3%, Td – у 1,6%; Pg – 0,0% (Рис. 1). При этом относительное

содержание указанных пародонтопатогенов не превышала уровень слабого ответа («++» – 41,6% из всех случаев регистрации возбудителей) или соответствовала уровню очень слабого ответа («+» – 58,4%).

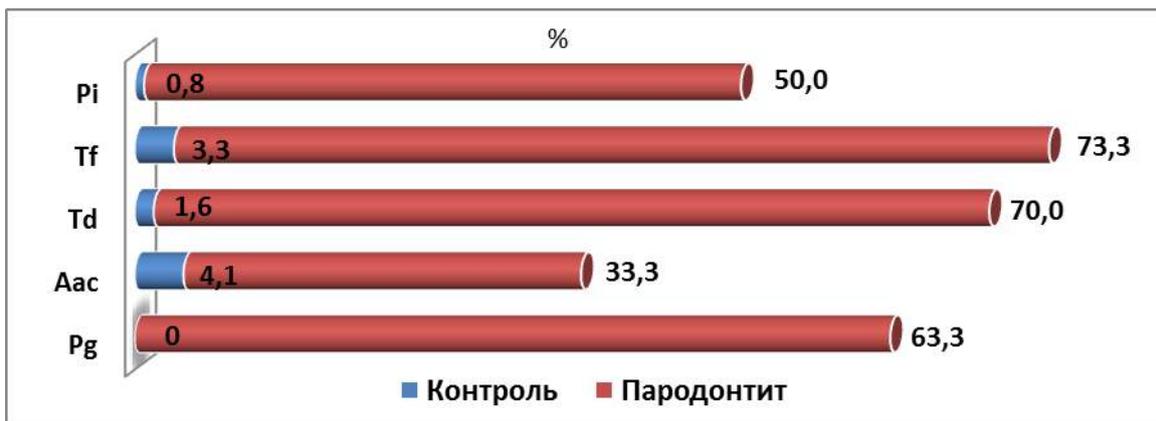


Рисунок 1. Частота выявления ДНК пародонтопатогенов в области зубодесневой борозды у больных ХГП и людей со здоровым пародонтом.

По сравнению с контрольной группой у больных пародонтитом частота выявления пародонтопатогенных бактерий возрастала в среднем в 30 раз (Рис. 2.): Pi выявлена у 50,0% больных, Tf – у 73,3%, Td – у 70,0%, Aac – у 33,3%, Pg – у 63,3%. Относительная концентрация выявленных пародонтопатогенов в среднем соответствовала следующим уровням: очень слабый ответ 38,7%, слабый ответ 23,3%, средний ответ 18,6%, сильный ответ 19,5% (Рис.3). Соответствующие показатели для Pi 26,7%, 33,3%, 13,3%, 27,7%; для Tf 63,6%, 13,6%, 13,6%, 9,2%; для Td 42,9%, 28,6%, 9,5%, 19,0%; для Aac 50,0%, 20,0%, 20,0%, 10,0%; для Pg 10,5%, 21,1%, 36,8%; 31,6%.

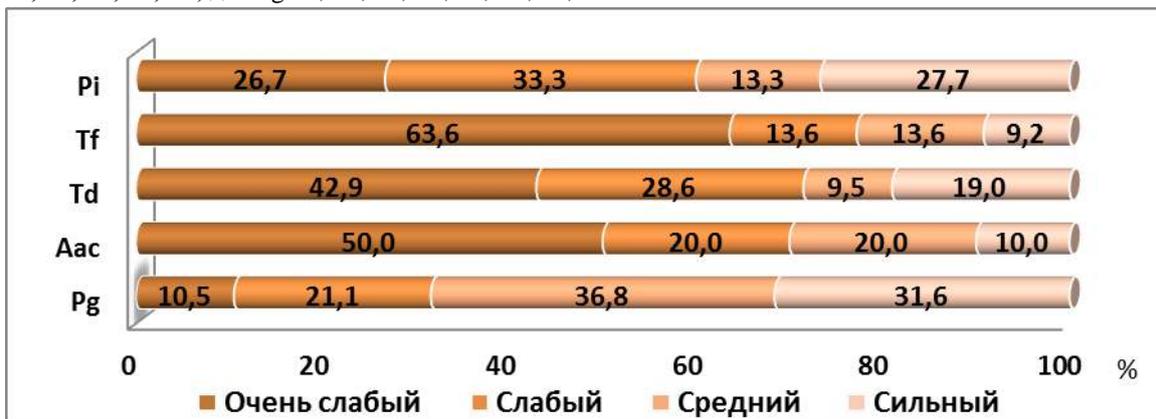


Рисунок 2. Сравнительная структура выявляемости пародонтопатогенных бактерий у больных пародонтитом (по относительному содержанию).

В группе пациентов перед дентальной имплантацией в результате лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести произошла элиминация пародонтопатогенных бактерий из пародонтальных карманов у большинства обследованных (Рис. 3). Так, частота выявления Pi снизилась в 4,4 раз (от 47,8% до 10,9%), Tf – в 8,2 раз (от 71,7% до 8,7%), Td – в 10,4 раз (от 67,4% до 6,5%), Pg – в 7,2 раз (от 63,0% до 8,7%), Aac не выделялась после лечения. У 5 человек (10,9%) выявлены пародонтопатогены после пародонтального лечения, в связи с этим операция имплантации у этих пациентов были отложены. Относительное содержание пародонтопатогенов перед началом лечения составляла по уровню ответа: очень слабый ответ 37,0%; слабый ответ 21,7%; средний ответ 17,4%; сильный ответ 19,6%; частота проявления сильного и среднего ответа была значительна. После лечения у пациентов с положительной ПЦР при выявлении пародонтопатогенов регистрировался исходный, преимущественно сильный или средний ответ.



Рисунок 3. Динамика результатов ПЦР-диагностики пародонтопатогенных бактерий до и после лечения пародонтита.

При диагностике возбудителей сопутствующих инфекций в пародонтальных карманах перед лечением пародонтита частота выявления составляла: Хл – 0,0%; ВПГ – 4,4%; ЦМВ – 0,0%; ВЭБ – 21,7%; кандиды альбиканс – 30,4%. При этом относительная концентрация ВПГ не превышала уровень очень слабого ответа: ВЭБ – у 20,0% соответствовал сильному ответу, у большинства – очень слабому и слабому ответу; кандиды альбиканс – у 85,7% сильному ответу и у 14,3% – среднему ответу (Рис. 4). После лечения перечисленные возбудители выделялись в единичных случаях: хламидия трахоматис у 0,0% обследованных, вирус простого герпеса – у 2,2%, цитомегаловирус и вирус Эпштейн-Барра – у 0,0%, кандиды альбиканс – у 6,6%. Относительное содержание всех возбудителей (кроме кандиды альбиканс) соответствовало очень слабому ответу, а кандиды альбиканс при ее наличии соответствовало сильному ответу.



Рисунок 4. Динамика результатов ПЦР-диагностики возбудителей сопутствующих инфекций в пародонтальных карманах до и после лечения пародонтита.

Выводы

По данным ПЦР-диагностики с использованием мультипраймерного набора для определения пародонтопатогенных бактерий в десневой борозде у лиц со здоровым пародонтом частота выделения пародонтопатогенов колеблется от 0,0% до 4,1% (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*) с относительной концентрацией не выше уровня слабого ответа.

Пародонтопатогенная флора определяется с использованием мультипраймерного набора для ПЦР-диагностики у всех больных хроническим генерализованным пародонтитом. При этом частота выявления разных пародонтопатогенных бактерий из пародонтальных карманов колеблется от 33,3% до 73,3% с относительным содержанием бактерий до уровня среднего и сильного ответа у 38,1% больных.

По данным ПЦР пародонтопатогенные бактерии выделяются после лечения пародонтита при подготовке к операции имплантации у 10,9% больных, при этом частота выявления разных патогенных микроорганизмов снижается в 4-10 раз.

Молекулярно-генетическая диагностика возбудителей сопутствующих инфекций (хламидий, вируса простого герпеса, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барра и кандиды альбиканс) выявляет вирус Эпштейна-Барра и кандиды альбиканс в пародонтальных карманах соответственно у 21,7% и 30,4% больных пародонтитом.

Возбудители сопутствующих инфекций, выделяемые из пародонтальных карманов, регистрируются в единичных наблюдениях после лечения пародонтита. При этом относительное содержание вирусов соответствует очень слабому ответу, а при наличии кандиды альбиканс сохраняется уровень сильного ответа.

Список литературы

1. Логинов А.Г., Олесова В.Н., Сафронов И.Д., Трунов А.Н. Влияние шинирования зубов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на динамику иммунологических параметров ротовой жидкости // Российский стоматологический журнал.– 2015.– №6.– С.40-43
2. Рева Г.В., Толмачев В.Е., Первов Ю.Ю., Русакова Е.Ю., Рева И.В., Усов В.В., Ломакин А.В., Красников Ю.А., Игнатьев С.В., Разумов П.В., Новиков А.С., Денисенко Ю.В., Олесова В.Н., Пешко А.П., Амхадова М.А., Голохваст К.С. Опыт проведения дентальной имплантации у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне контроля местного иммунного гомеостаза // Фундаментальные исследования.– 2013.– № 5-1.– С. 129-134
3. Чониашвили Д.З., Олесова В.Н., Щербо С.Н., Садовский В.В., Де Д.А., Талицкий В.В., Шайхаев Г.О. Применение ПЦР для выявления ДНК некоторых актиномицетов при воспалительных заболеваниях полости рта // Российский стоматологический журнал.– 2011.– №4.– С.49-50.
4. Шашмурина В.Р., Воложин А.И., Царёв В.Н. Характеристика микробиоценоза полости рта пациентов с полным отсутствием зубов в ближайшие сроки после дентальной имплантации // Российский стоматологический журнал – 2008. – №3 – С. 28 – 33.
5. Шибаева А.В., Айвазова Р.А., Ребриков Д.В., Трубникова Е.В., Кудыкина Ю.К., Белякова А.В., Зарипова Р.С., Шевелев А.Б. Применение метода ПЦР в реальном времени для изучения микробиома пародонта у пациентов с сочетанной патологией гастродуоденальной зоны и хроническим пародонтитом // Молекулярная генетика, микробиология и вирусология.– 2016.– №1.– С.26-30
6. Щербо С.Н., Берсанов Р.У., Рудаков В.А., Кишко Э.В., Первозников В.И. Молекулярно-генетическая диагностика пародонтита // XIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство», Москва.– 2012.– С.240

ВЗГЛЯД СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА-СТОМАТОЛОГА НА ТВОРЧЕСТВО В. ВЕРЕСАЕВА, ПИСАТЕЛЯ И ВРАЧА. К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ В. В. ВЕРЕСАЕВА

Максимова И. Р.

ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова», г. Якутск

История России богата выдающимися людьми, внёсшими значительный вклад в развитие медицины не только своей практической деятельностью, исследованиями и научными трудами, но и литературными произведениями. Каждый из них просвещал своего читателя, раскрывая особенности и тонкости медицинских знаний. В число таких писателей входит один из известных литературоведов, прозаиков и критиков Викентий Викентьевич Вересаев.

16 января 2017 года является знаменательной датой не только для литературы, но и для врачебной науки, в связи со 150-летием со дня рождения Вересаева В.В. Так сложилось, что Вересаев жил на стыке двух эпох: конец XIX-начало XX вв., и политическая обстановка того времени не могла не сказаться на мировоззрении и творчестве писателя. Главным героем его произведений был человек труда, выходец из самых низов общества. Писатель показывает превращение своих героев в активных участников революционных событий, жаждущих изменений в обществе. Это было время развития различных направлений науки и, в частности, в медицине. Ученые совершали свои открытия в области химии (Д. И. Менделеев), эмбриологии (А. О. Ковалевский), зоологии и патологии (И. И. Мечников), физиологии (И.М. Сеченов). Получила развитие патологическая анатомия: К. Рокитанский изучал изменения органов, Р. Вирхов описал классификацию патологических состояний, И.М. Сеченов изучал физиологию нервной

системы и положил начало пути развитию отечественной физиологии. После работ И.П. Павлова методика физиологического эксперимента перешла на новый уровень.

Вересаев-медик был автором многих произведений, среди которых наибольшее впечатление на меня произвела его автобиографическая повесть «Записки врача» (1901 г.) [1]. Это произведение затронуло меня тем, что его автор описывал свои студенческие впечатления, что мне очень близко и понятно, так как в настоящее время я обучаюсь в медицинском институте. Перед юношей возникало множество вопросов, сомнений, на которые он часто не находил ответов и не боялся в этом признаться. Во время чтения «Записок врача» я переживала вместе с ним неудачные исходы его лечения больных, испытывала чувство бессилия, сострадания и грусти от таких явлений, как вивисекция, ошибочное отношение людей к медицине, неточности научных знаний и многое другое.

Данное произведение можно смело назвать настольным пособием для студентов-медиков, ведь оно затрагивает множество различных и весьма важных аспектов жизни врача. Прочитав повесть, студент может осознать всю важность своей будущей профессии, осмыслить годы учебы в вузе и полученные в нем знания [4]. В повести раскрываются проблемы высших учебных заведений того времени таких, как недостаточность практических занятий и полное отсутствие понимания студентами внутреннего состояния больных. Так, автор рассматривает трудность отношений между врачом и больным, описывает сомнение в своих знаниях и даже не решается называть себя «врачом», но после нескольких лет практики он находит решение многих проблем. Произведение имеет для меня очень важное научно-практическое значение, так как в нем подробно показаны этапы становления и развития методики различных хирургических операций, в которых автор принимал непосредственное участие, а также описание болезней со всеми симптомами и стадиями. Кроме того, в повести приводятся высказывания таких великих ученых-первооткрывателей, как И.П.Павлов, А. Штрюмпель, Л.П. Сабанеев др. Размышляя со своими предшественниками, Вересаев дает нам возможность вместе с ним посмотреть на человеческую жизнь, этические нормы и медицинскую науку в целом.

В.В. Вересаев смело и честно раскрывает перед обычным человеком все сложные противоречия медицины, важность труда каждого врача, ценность многовековых знаний, полученных ценой множества жизней. Он выносит на суд народа факты, ужасные случаи и свои собственные ошибки ради того, чтобы люди осознали проблемы современной медицины, а также имели возможность, понимая внутренние переживания и реальные факторы жизни обычного врача, имели собственный взгляд на медицину.

Для меня повесть В.В. Вересаева открыла совершенно откровенный, противоречивый, реальный мир (медицины). Всё повествование строится на собственных переживаниях автора, мы видим взлеты и падения молодого врача, всё, чего он ожидал от своей профессии и что она ему дала. Автор честно рассказывает о своих первых самостоятельных шагах на врачебном поприще, о впечатлениях и уроках, вынесенных из первой практики. Особенность «Записок врача» Вересаева заключается в его объективном описании успехов и неудач медицинской практики, состояния самой науки и всего нашего общества. После прочтения автобиографии я серьезно задумалась о проблемах прошлой и современной медицины. В.В. Вересаев рассматривал основную проблему медицины, а именно: пренебрежительное отношение людей к врачам, самовольное вскрытие трупов врачами, эксперименты над животными. В то время медицина только начинала развиваться, стали разрабатываться различные препараты. Врачи вынуждены были самовольно вскрывать трупы, чтобы изучать на них течение, осложнение определенного заболевания. При этом они нередко ошибались и исправляли свои ошибки, зачастую жертвуя своей жизнью. Подобные «опыты» приносили тяжёлые страдания родственникам умерших от неизлечимых в то время болезней.

Я согласна с размышлениями Вересаева о насмешливом и нередко пренебрежительном отношении людей к врачам. Они не знают, не понимают, через что мы проходим: от осмотра больного до вскрытия трупа мы сталкиваемся с различными инфекционными заболеваниями. Проблемы, о которых писал Вересаев в своё время, не потеряли своей актуальности и сегодня.

Меня, студента стоматологического профиля, шокировали примеры, когда автор писал о манипуляциях, которые делали врачи для облегчения прорезывания зубов: детям делали по десять и двадцать надрезов на десны, даже новорожденным. По рассказам героя, в 1842 году врач Ундервуд давал советы делать глубокие надрезы на протяжении челюсти, достигая до зачатка зуба, и это, по мнению наблюдателей, помогало. Также меня впечатлила история о применении пентала в качестве средства ингаляционного наркоза в стоматологии. Доктор Голлендер испытывал это вещество как обезболивающее средство на своих больных и получил отличные результаты. Он утверждал, что его можно использовать при кратковременных операциях. Пресса того времени сообщала о неоднократных случаях летальных исходов

на фоне такой анальгезии: при удалении зуба и ортопедических операциях. После таких инцидентов пентал перестали применять.

Всю жизнь Викентий Викентьевич посвятил медицинской деятельности, в которой он проявил себя как трудолюбивый, самоотверженный врач и общественный деятель, отстаивавший права как пациентов, так и врачей. Впоследствии многие произведения этого великого человека затрагивали насущные темы медицины, войны, жизни. Всем своим творчеством и жизнью В.В. Вересаев внёс огромный вклад в развитие общественного сознания. Советую прочитать это произведение Вересаева всем, особенно студентам-медикам, потому что мы узнаём историю развития и становления отечественной медицины. Эти знания я получил на занятиях студенческого кружка «Терапия» [2]. Кроме того, мы поняли, насколько важны сегодня междисциплинарные связи для понимания многих проблем как профессионального, так и гуманитарного характера [3,5]. После чтения этого произведения студент может определиться и решить, пойти ли дальше в мир медицины. Готов ли он пройти все испытания, которые стоят перед врачом, чтобы стать высококвалифицированным специалистом.

Список литературы

1. Lib.Ru/Классика: Вересаев Викентий Викентьевич: Собрание сочинений http://az.lib.ru/w/weresaew_w_w/
2. Петрова М.Н., Петухов К.М., Зедгенидзева Н.Ю., Петрова Н.С. Роль студенческого научного кружка в интегрированном подходе к формированию личности будущего врача. В сборнике: Гуманитарные науки и проблемы современной коммуникации. Материалы II Международной научно-практической междисциплинарной интернет-конференции. Северо-Восточный университет имени М.К.Аммосова. 2015. С.42.
3. Петрова М.Н. Написание эссе – эффективный метод творческого развития личности будущего врача. В сборнике: Международный научно-образовательный Форум «Education, forward!» «Образование в течение всей жизни: непрерывное образование в условиях глобализации» Материалы форума. 2015. С.459-464.
4. Петрова М.Н. Формирование клинического мышления как профессиональной компетенции у студентов-медиков при разборе врачебных ошибок во время производственной практики «Помощник врача» В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере сборник научных трудов VI –го Конгресса с международным участием. Под редакцией Петрова П.Г..2016. С.422-429.
5. Петрова С.М. Роль «знаковых» слов в художественном тексте как форма активизации познавательной деятельности обучающихся. В сборнике: Актуальные проблемы науки и образования. Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 7 частях. ООО «Ар-Консалт».2014. С.15-16.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИКРОБНОЙ И НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Маргарян Э.Г

к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава РФ

Введение.

Метод фотодинамической терапии (ФДТ) основан на способности фотосенсибилизатора селективно накапливаться в патологически измененных или пораженных вирусами клетках и/или микробах (1,2,3). После введения фотосенсибилизатора следующим этапом процедуры является использование источника лазерного излучения для проведения облучения области ткани, подверженной патологическому изменению. Свет определенной длины волны приводит фотосенсибилизатор в возбужденное состояние с образованием в облучаемом биологическом объекте (БО) активных форм кислорода, что в свою очередь вызывает повреждение и некроз тканей, наиболее интенсивно накопивших данный препарат (4,5,6,7). При этом некрозу подвергаются только те клетки, которые были изменены, так как подбирается такая мощность и доза облучения, которая не повреждает здоровые клетки тканей. Эффект лечения также зависит от

доступности облучаемого объекта для лазерного воздействия, глубины его эффективного проникновения в патологический очаг, концентрации фотосенсибилизатора в нем и объемной плотности мощности излучения лазера (8,9,10).

Цель исследования: разработка метода ФДТ, при котором фотосенсибилизатор можно активировать вне объекта и проникая в БО накапливаться и запускать процесс ФДТ во всем объеме накопившей препарат ткани.

Материал и методы.

В качестве модельного объекта исследования использовали культуру микробов, а именно линейные штаммы стафилококка, стрептококка и синегнойной палочки и культуру карциномы Эрлиха. В качестве объектов исследования — лабораторные мыши, которым внутривентриально вводили 0.1 мл культурального материала.

Пробоподготовка фотосенсибилизатора включала в себя несколько этапов.

А) Подбор фотосенсибилизатора с наибольшим квантовым выходом люминесценции при его резонансном облучении.

Б) Подбор оптимальных параметров дозы облучения при диагностике и лечении заболеваний .

Результаты исследования.

Установлено, что восстановление амплитудно-спектральных характеристик (с высвобождением активных форм кислорода) активированного препарата Радохлорофилла (РХ) происходит без лазерного облучения. Установлено, что выгорание люминесценции РХ: при поглощении 1 Дж – 5%, при поглощении 3 Дж – 18%, при поглощении 10 Дж – 25%; увеличении дозы более 30 джне увеличивает активность и интенсивность ответной реакции.

В эксперименте изучен ффекта накопления активированного и не активированного препарата РХ в органы и ткани мышей, показана реальная возможность активации хлорофилл содержащего фотосенсибилизатора вне БО и его накопление в органах и тканях. Это позволило впервые разработать методику объемной активированной ФДТ микрофлоры.

При объемной активации Радохлорина «С» ин витро наблюдалось подавление зоны роста микроорганизма через 24 часа, при этом неактивированный препарат с *Ps.aeruginosa* не давал задержки зоны роста, а у *S.aureus* наблюдалась небольшое подавление зоны роста. При добавлении к активированному хлорофилл-содержащему (Радохлорофилл «С») препарату кислородсодержащего водного раствора у *Ps.aeruginosa* также наблюдалось увеличение задержки зоны роста. Таким образом при добавлении кислородсодержащего препарата к Радохлорофиллу «С» и активации его лазерным излучением с длиной волны 0.63,0.514,0.405 нм в дозе 0.2-20 дж/мл происходит взаимодействие возбужденного фотосенсибилизатора с молекулой кислорода, в результате чего образуется синглетный кислород, который является цитотоксическим для живых клеток, благодаря его свойству сильного окислителя биомолекул.

Таким образом, способность фотосенсибилизатора накапливаться в измененных тканях, микробных клетках с реализацией эффекта летальной фотосенсибилизации бактерий может быть использована при лечении антибиотикорезистентных штаммов патогенных микроорганизмов.

При апробация методики объемной активированной ФДТ при лечении карциномы Эрлиха у мышей, установлено, что мыши в группе с чистым контролем были активны и живы в течении всего исследования (1 год). Мыши со вторым чистым контролем быстро увеличивались в размерах (асцит) и погибали на 4-6 день. Мыши, принимавшие препарат, содержащий неактивированный хлорофилл раствор 1:10 H₂O₂ 3%, погибали на 6-12 день. Мыши, принимавшие активированный препарат в разведении 1:10 жили 21-24 дня, а при его разведении 1:1000-погибали в пределах 10 дней.

Таким образом показан противоопухолевый эффект хлорофилл-содержащего препарата, активированного вне организма. Выявленный эффект существенным образом зависит от концентрации вводимого активированного препарата и дозы лазерной его активации.

Список литературы

1. Н.Е. Васильев А.П. Огиренко. Антимикробная фотодинамическая терапия. Лазерная медицина, 2002. №6(1) с.32-38.,
2. Kashiwabuchi, R.T. [Antimicrobial susceptibility of photodynamic therapy \(UVA/riboflavin\) against Staphylococcus aureus](#) / R.T. Kashiwabuchi, Y. Khan, F.R. Carvalho et. al. // Arq. Bras.Oftalmol. – 2012. - №75(6)
3. M.L. Gelfond, D.L. Vassiliev. Photoditazine mediated chemosensitized blood photomodification.

- Advanced tumors treatment preliminary results. Proc. SPIE, 5973 (2005), OX-1-7
4. M. Wainwright Photodynamic antimicrobial Chemotherapy. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 42 (1998) p.13-28.
 5. И.А. Шугайлов, А.Р. Джанчатова, А.А. Максименко. Оценка эффективности фотодинамической терапии с новым фотосенсибилизатором «РадаДент плюс» при лечении воспалительных стоматологических заболеваний// Российский стоматологический журнал- 2013-№2- С.38-42.
 6. О.Н. Рисованная, С.И. Рисованный, Д.А. Доменюк. Антибактериальное воздействие фотодинамической терапии на патогенную микрофлору полости рта// Кубанский научный медицинский вестник -2013- №6-С.155-158
 7. Пат. 2345803 Способ фотоиммунотерапии фотосенсибилизатором, активируемым волновой энергией вне организма человека / Залевский И.Д., Гончаров С.Е., Васильев Н.Е., Решетников А.В. Стоматологическая культура- 2014- С.42-47.
 8. Польшкин В.В., Каплан М.А., Медведев В.С. и др. Фотодинамическая терапия при комплексном лечении рака слизистой оболочки полости рта// Радиация и риск -2011- Том 20- №1 – С.41-49
 9. Э.Н. Бикбов, В.А. Привалов, Е.Л. Куренков. Эффекты фотодинамической терапии с препаратом Радахлориом в эксперименте на мышах с перевитой аденокарциномой Эрлиха // Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура»-2008- выпуск 19- С.83-87

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ КАРИЕСОМ

Николаева С.А.

Стоматологическая клиника ООО «Дент-Аурум» (г. Чебоксары)

Здоровье населения является одним из важнейших критериев благополучного развития общества. Для Российской Федерации актуальность стратегической задачи повышения качества жизни обусловлена высокой стоматологической заболеваемостью населения [2]. И хотя появившиеся в последние годы в стоматологии новые методы, аппараты и инструменты позволяют совершенствовать стоматологическое лечение, проблема качества выполнения манипуляций до конца не решена. Особенно актуально для РФ качество эндодонтического лечения осложнений кариеса зубов. На долю пульпита и периодонтита приходится более трети объема стоматологических заболеваний у населения страны [2].

Современная концепция эндодонтического лечения в значительной степени определяется триадой факторов: эффективной механической очисткой, полноценной ирригацией корневых каналов, герметичной obturацией апикальной части и системы каналов [1, 3].

Для механической разработки и формирования канала врачи стоматологической клинки ООО «Дент-аурум» применяют различные системы вращающихся Ni-Ti файлов в модифицированной технике crown-down. Применение таких инструментов дает возможность врачу произвести механическую обработку изогнутых корневых каналов, считавшихся прежде совершенно непроходимыми, не только быстро, но и качественно. В результате значительно снижается риск осложнений после эндодонтического лечения. Однако необходимо отметить, что очень важно соблюдать правила и рекомендации по работе с той или иной системой.

Механическая обработка корневого канала, согласно проведенным научным исследованиям, значительно избавляет от инфицированного дебриса, но не гарантирует стерильность канала [1, 3]. Использование ротационных инструментов позволяет обработать только магистральный канал, оставляя незатронутыми корневые ответвления, микроканалы и перешейки. А именно эти необработанные участки корневого канала служат убежищем для микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности и являются причиной персистирующей инфекции, что приводит к неудаче эндодонтического лечения. Поэтому именно на орошение корневого канала возлагается важная функция по удалению дебриса, остатков пульповой ткани и микроорганизмов из сложно доступных участков корневого канала. Такая дезинфекция достигается за счет ирригации системы корневого канала различными препаратами [1, 3].

«Идеальный» антисептик для дезинфекции корневых каналов должен отвечать следующим требованиям [1]: быть бактерицидным для микроорганизмов, находящихся в корневых каналах; быть безвредным для периапикальных тканей; не обладать сенсибилизирующим действием и не вызывать

появления резистентных форм микроорганизмов; оказывать быстрое действие и достаточно глубоко проникать в дентинные каналы; не терять свою эффективность в присутствии органических веществ; быть химически стойким и сохранять активность при продолжительном хранении. К сожалению, до настоящего времени в распоряжении врачей-стоматологов нет дезинфицирующего раствора, отвечающего всем этим требованиям. В своей практике врачи стоматологической клиники «Дент-аурум» применяют комбинацию антисептических растворов: натрия гипохлорита (NaOCl) с ЭДТА/Лимонной кислотой или хлоргексидина. Очень важно при этом добиться прямого контакта ирригирующего раствора с поверхностью корневого канала, особенно у его апикальной части.

Для увеличения дезинфицирующих и очистительных функций растворов врачами нашей клиники применяется техника пассивной ирригации – ультразвуковая активация антисептического раствора в канале аппаратом «VDW Ultra» и ультразвуковых насадок (IRRI-S) (VDW GmbH, Германия). При пассивной ирригации ультразвуковая насадка свободно вибрирует в коническом канале, не контактируя с твердыми тканями.

Физическими основами применения ультразвука в эндодонтическом лечении являются его многогранность действия – кавитация, микростриминг, акустический поток (акустические вихревые эффекты), увеличение антибактериальной активности антисептиков за счет выделения тепла. Существенным преимуществом ультразвука является его способность обеспечить глубокое проникновение ирригантов в систему корневых каналов и микроканалов [1]. При работе с ультразвуковыми аппаратами рекомендуется двухминутное воздействие в канале. Меньшее время воздействия не дает значительного увеличения эффективности ирригации. Раствор необходимо регулярно заменять. Рекомендуется добавлять новый раствор через 20 секунд после начала активации и повторить эту процедуру шесть раз [1].

Последним этапом эндодонтического лечения является полное, плотное и герметичное заполнение системы корневого канала [3]. Современная эндодонтия располагает широким спектром методик obturation системы корневых каналов, но предпочтение отдается комбинированным методикам пломбирования с использованием силеров и филеров. В своей практике врачи-стоматологи нашей клиники применяют методики термопластической obturation аппаратом BeeFill Pack (VDW GmbH, Германия) и Calamus Dual (Dentsply Maillefer, Швейцария). Использование методик пломбирования размягченной гуттаперчей позволяет герметично obturировать внутреннее пространство корневого канала, включая поднутрения, анастомозы между каналами, латеральные каналы, апикальную дельту за короткое время и обеспечивает долговечность пломбирования.

Немаловажным в работе врача-стоматолога является анализ отдаленных результатов (исходов) эндодонтического лечения. Для оценки качества эндодонтического лечения в стоматологической клинике ООО «Дент-аурум» используются критерии результативности, рекомендованные СтАР и Европейским обществом эндодонтологии [4]: «полное выздоровление» или «успех» – отсутствие клинических симптомов (боль, отёк, свищи), сохранение функции, рентгенологически определяемое нормальное состояние периодонтальной щели/рентгенологические признаки регенерации костной ткани; «неполное выздоровление» – отсутствие клинических симптомов и рентгенологически выявляемое уменьшение поражения периодонтальных тканей; «неуспех» – отсутствие клинических симптомов при рентгенологически сохранившейся исходной патологии верхушечного периодонта; «отсутствие выздоровления» или «неудачное лечение» – наличие/появление симптомов хронического периодонтита, отсутствие рентгенологических признаков уменьшения периапикального поражения или образование нового в верхушечном периодонте.

За период с 2014 по 2017 годы были проанализированы результаты проведенного мной эндодонтического лечения пациентов стоматологической клиники ООО «Дент-аурум» (г. Чебоксары) с хроническими формами апикального периодонтита однокорневых зубов (36 зубов). На диспансерном наблюдении находилось 25 пациента в возрасте от 25 до 45 лет (13 женщины и 12 мужчины). Результаты проведенной терапии оценивали через 6, 12 и 24 месяца на основе рентгенологической оценки качества obturation корневых каналов и клинико-рентгенологической характеристики периодонтального статуса в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения.

Результаты лечения хронических форм апикального периодонтита через 6 месяцев после проведенной терапии показали, что жалобы у пациентов отсутствовали. «Полное выздоровление» или «успех» отмечался в 89,4% случаев. Отсутствие клинических симптомов и рентгенологически выявляемое уменьшение поражения периодонтальных тканей по критерию «неполное выздоровление» регистрировалось в 10,3% случаев. «Отсутствие выздоровления» – рентгенологически сохранившаяся исходная патология

верхушечного периодонта, но без клинических симптомов – через 6 месяцев после лечения отмечалось у 0,3% диспансерных пациентов.

Через 12 месяцев после лечения рентгенологические признаки регенерации костной ткани («полное выздоровление» или «успех») отмечались в 93,4% случаев. Случаи «неполного выздоровления» уменьшились и составили 6,3%. Количество случаев «отсутствие выздоровления» осталось прежним.

Через 24 месяца результаты анализа показали, что критерий «полное выздоровление» или «успех» регистрируется в 98,2% случаев. Показатели критерия результативности «неполное выздоровление» оказались минимальными и составили всего лишь 1,8%. Критерий «отсутствия выздоровления» не зафиксирован.

Выводы. Таким образом, клинико-рентгенологическая оценка эффективности проведенного лечения зубов свидетельствует о том, что применение врачом-стоматологом современного арсенала различных инструментов, материалов и высокоточных приборов при реализации протокола эндодонтического лечения предотвращает развитие последующих осложнений и повышает качество стоматологической помощи пациентам.

Список литературы

1. Зорян А.В. Обзор методик повышения эффективности ирригации системы корневых каналов // Клиническая стоматология. – 2016. – №2. – С.20-27.
2. Иорданишвили А.К. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения / А.К. Иорданишвили, В.В. Лобейко, В.В. Самсонов и др. // Пародонтология. – 2015. – № 74 (1). – С. 78 – 80.
3. Юдина Н.А. Современные стандарты эндодонтического лечения // Современная стоматология. – 2012. – №2. – С. 12 – 18.
4. Отчет о согласованном мнении Европейского эндодонтического общества об основных показателях качества при эндодонтическом лечении // Эндодонтия today. – 2001. – № 1. – С. 3 – 12.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СПОРТСМЕНОВ

Новоземцева Т.Н., Олесов Е.Е., Тихонов В.Э., Лесняк А.В., Шаипова З.А.

Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва

Резюме. Представлены результаты клинического и функционального состояния стоматологического статуса спортсменов с использованием электромиографии и компьютерного окклюзионного анализа.

Ключевые слова: спортсмены, стоматологический статус, окклюзия, артикуляция.

Введение. Для спортсменов характерны высокие физические и эмоциональные нагрузки в период тренировок и спортивных соревнований. Этот факт не может не отразиться на состоянии мышц челюстно-лицевой области и, опосредованно, на состоянии височно-нижнечелюстного сустава, артикуляции и окклюзии. Ввиду дефицита свободного времени из-за тренировочного процесса спортсмены редко посещают врача-стоматолога. С учетом возможного влияния состояния стоматологического статуса на общее состояние здоровья представляется актуальным изучение особенностей стоматологического статуса и реабилитации у этой категории лиц [1,5].

Цель исследования: повышение эффективности стоматологической реабилитации спортсменов сборных команд Российской Федерации.

Материал и методы исследования. Обследованы 114 спортсменов сборных команд, направленных из Центра спортивной медицины ФМБА России для стоматологической помощи в Клинический центр стоматологии ФМБА России. Среди них было 86 мужчин и 28 женщин с средним возрастом 24,7±2,5 лет, которые представляли разные виды спорта. Сформирована группа сравнения из пациентов идентичного возраста в количестве 50 человек.

Первичное стоматологическое обследование включало в себя клинико-рентгенологическое обследование в соответствии с модифицированной Картой оценки стоматологического статуса ВОЗ [3]; у всех обследованных выполнялась ортопантомография (по показаниям КТ). В качестве дополнительных методов обследования использовались: «Гамбургское тестирование» состояния височно-нижнечелюстного

сустава (ВНЧС), компьютеризированное изучение окклюзии с помощью аппарата «Т-scan III» (Tekscan, США), измерение тонуса жевательных мышц с использованием электромиографа «Bio EMG III» (BioRESEARCH, США) [2,4].

Результаты исследований. Распространенность стоматологических заболеваний у спортсменов сборных команд значительна: кариеса (K02), гингивита (K05), пародонтита (K05), некариозных поражений (K03) – соответственно 100,0%, 48,2%, 16,7%, 20,2%. Обращает внимание большая распространенность признаков патологии ВНЧС (K07.6 21,9%) и повышенного стирания зубов (K03.0 9,7%) среди некариозных поражений.

Интенсивность кариеса (КПУ) составляет у спортсменов $10,9 \pm 1,2$ (компоненты К, П, У соответственно $3,1 \pm 0,3$, $6,7 \pm 0,6$, $1,1 \pm 0,3$); интенсивность заболеваний пародонта (СРІ) $3,2 \pm 0,7$ (соответственно секстантов с кровоточивостью, зубным камнем, пародонтальными карманами и исключенных $1,6 \pm 0,3$, $0,9 \pm 0,2$, $0,6 \pm 0,1$, $0,1 \pm 0,1$).

Указанные показатели определенно превышают значения в группе сравнения, в которой распространенность кариеса, гингивита, пародонтита, некариозных поражений, признаков патологии ВНЧС, повышенного стирания зубов составляет соответственно 100,0%, 40,0%, 14,0%, 12,0%, 4,0%, 4,0%; интенсивность кариеса (КПУ) $10,2 \pm 0,9$, компоненты К, П, У $2,8 \pm 0,2$, $6,4 \pm 0,5$, $1,0 \pm 0,2$); интенсивность заболеваний пародонта (СРІ) $2,8 \pm 0,6$, секстантов с кровоточивостью, зубным камнем, пародонтальными карманами и исключенных $1,5 \pm 0,2$, $0,7 \pm 0,2$, $0,5 \pm 0,1$, $0,1 \pm 0,1$) (Рис. 1).

В связи с недостаточным качеством стоматологического лечения в регионах России по основному месту жительства у спортсменов чаще в сопоставлении с группой сравнения выявляется неудовлетворительное качество пломб (у 15,8% против 8,0%) и предшествующего эндодонтического лечения (у 31,6% против 28,0%). Гигиена рта в обеих группах соответствовала удовлетворительному уровню (ИГР-У $2,6 \pm 0,2$ у спортсменов и $2,5 \pm 0,2$ в группе сравнения).

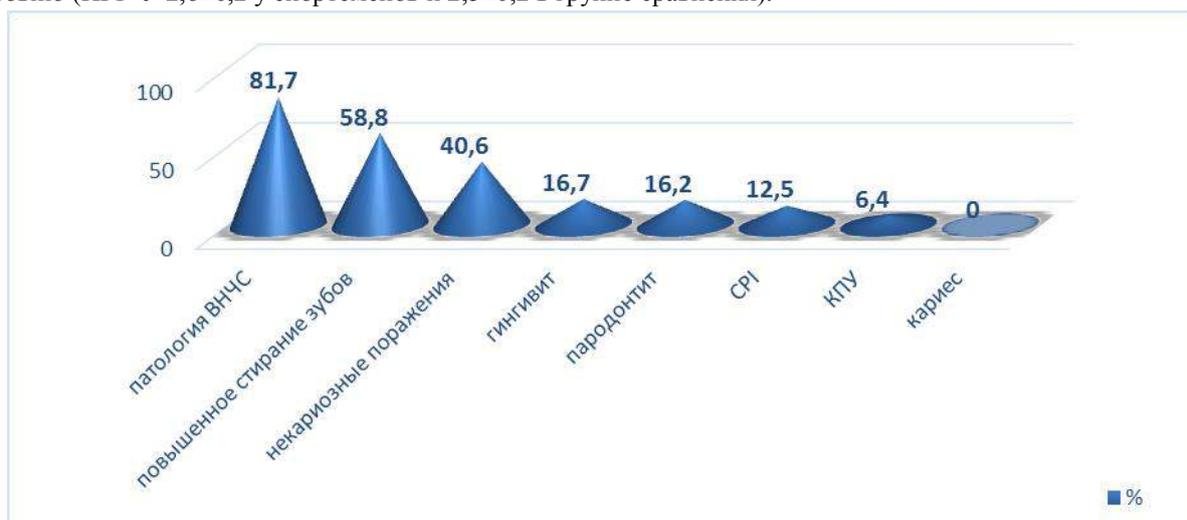


Рисунок 1. Превышение распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний у спортсменов сборных команд в сопоставлении с группой сравнения (%).

При целенаправленном опросе спортсменов многие (40,4%) предъявляли жалобы на дискомфорт в области ВНЧС и скованность мышц челюстно-лицевой области по утрам и после напряженных тренировок, скрежетание зубами во сне, спонтанное стискивание зубов. У 5 спортсменов боли в области ВНЧС являлись основными жалобами (4,4%).

Дополнительное «Гамбургское тестирование» выявило, что функциональная норма встречалась только у 20,2% спортсменов, тогда как в группе сравнения у 92,0%. Дисфункция жевательного аппарата не выявлена в группе контроля, а среди спортсменов, в связи с наличием трех признаков отклонения от нормы при тестировании, диагностировалась у 21,9%. Группа риска (два признака) составляла 8,0% в группе сравнения и 57,9% среди спортсменов. Чаще всего у спортсменов наблюдались признаки патологических изменений жевательного аппарата: болезненность при пальпации жевательных мышц (84,2%), травматичность эксцентрической окклюзии зубных рядов (41,2%), асинхронность окклюзионного звука при смыкании зубов (30,7%) и асимметричное открывание рта (28,9%) (Рис. 2).

Данные электромиографии жевательных мышц выявляют повышенный тонус мышц у спортсменов при всех положениях нижней челюсти. В группе сравнения в состоянии относительного физиологического

покоя биоэлектрический потенциал мышц в среднем составлял $2,5 \pm 0,1 \text{ mV}$, при окклюзионном контакте $5,5 \pm 0,2 \text{ mV}$, при максимальном волевом сжатии в привычной окклюзии $38,1 \pm 0,3 \text{ mV}$. У спортсменов все показатели электромиографии были выше: соответственно на 35,9%, 29,5% и 18,2% ($3,9 \pm 0,2 \text{ mV}$, $7,8 \pm 0,3 \text{ mV}$, $46,9 \pm 0,2 \text{ mV}$) (Рис. 3). В группе сравнения нарушения симметрии деятельности жевательных мышц выявлено у 24,0%.

По данным «Т-scan III» нарушения окклюзии характерны для всех спортсменов и для большинства пациентов в группе сравнения (84,0%) (Рис. 4).

Это проявляется в преждевременных и суперконтактах при смыкании зубов; при этом у 88,6% спортсменов и 50,0% в группе сравнения регистрировалось отклонение вектора окклюзионных сил от средней линии, хотя чаще всего оптимальная траектория вектора – от фронтальных зубов к боковым – сохранялась. Наблюдалось отклонение окклюзионного баланса правой и левой сторон зубного ряда у 77,1% спортсменов и 24,0% в группе сравнения. Время достижения множественного контакта от первого контакта зубов у спортсменов было в 2,7 раз больше, чем в группе сравнения (соответственно $0,76 \pm 0,06$ сек и $0,28 \pm 0,01$ сек).



Рисунок 2. Результаты «Гамбургского тестирования» спортсменов сборных команд и в группе сравнения (%)

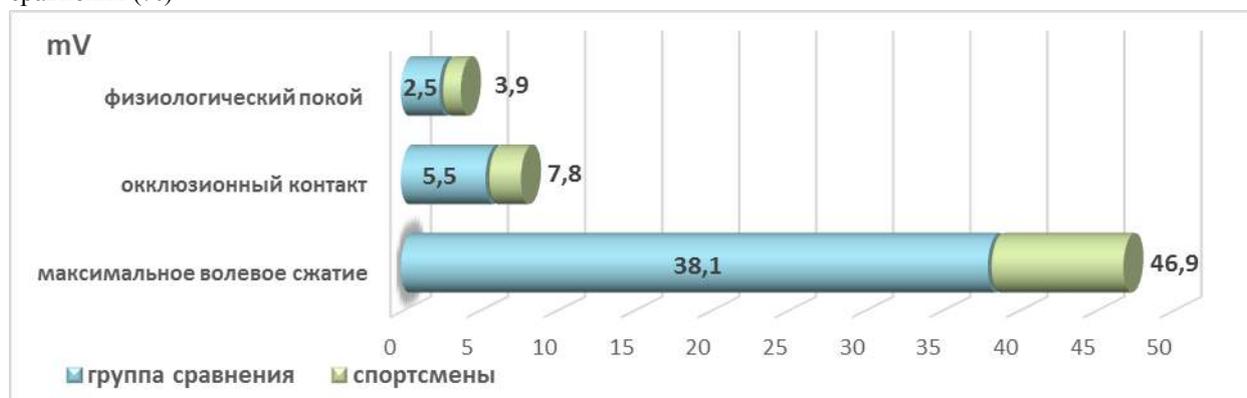


Рисунок 3. Биоэлектрические потенциалы жевательных мышц спортсменов сборных команд и в группе сравнения (mV).

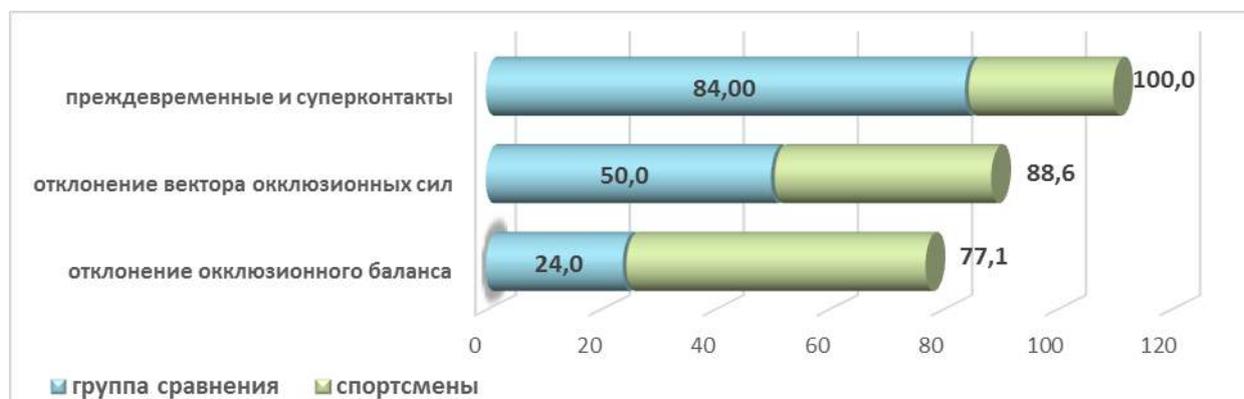


Рисунок 4. Результаты окклюзионного анализа «Т-scan III» у спортсменов сборных команд и в группе сравнения (%).

Выводы.

Стоматологический статус спортсменов сборных команд, обратившихся за стоматологической помощью, хуже, чем в группе сравнения идентичного возраста, по показателям: интенсивность кариеса и заболеваний пародонта (КПУ на 6,4%, СРІ на 12,5%), распространенность патологии височно-нижнечелюстного сустава (на 81,7%), некариозных поражений (на 40,6%), заболеваний пародонта (16,8%).

Дополнительное обследование спортсменов по программе Гамбургского тестирования выявило у 21,9% спортсменов дисфункцию жевательного аппарата, а 57,9% спортсменов соответствовали «группе риска», тогда как в группе сравнения у 92,0% наблюдалась функциональная норма.

Электромиография жевательных мышц регистрировала у спортсменов повышенный тонус жевательных мышц, превышающий показатели в группе сравнения на 35,9%, 29,5% и 18,2% соответственно в состоянии относительного физиологического покоя, при окклюзионном контакте и при волевом сжатии зубов в привычной окклюзии, а также нарушении симметрии деятельности мышц у 36,6% спортсменов против 24,0% в группе сравнения.

По данным компьютеризированного анализа окклюзии преждевременные и суперконтакты зубов выявлялись у спортсменов чаще на 16,0%, чем в группе сравнения; отклонение вектора окклюзионных сил от средней линии – на 43,6%; отклонение симметрии окклюзионного баланса – на 68,9%; удлинение времени достижения множественного контакта – на 63,1%.

Проведенное исследование выявило особенности необходимой стоматологической реабилитации спортсменов с целью нормализации окклюзионно-мышечных показателей, а именно, использование миогимнастики, массажа, электромагнитного воздействия на мышцы челюстно-лицевой области; применение окклюзионных шин; восстановление дефектов зубов и зубных рядов преимущественно керамическими материалами под контролем электромиографии и компьютеризированного анализа окклюзии.

Список литературы

1. Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Исмоилов А.А. Результаты определения нуждаемости больных с неблагоприятным соматическим фоном в методах дентальной имплантации // Российский вестник дентальной имплантологии. 2017; 2:60-63
2. Берсанов Р.У., Миргазизов М.З., Ремизова А.А., Бронштейн Д.А., Тихонов А.И., Шумаков Ф.Г., Юффа Е.П. Функциональная эффективность современных методов ортопедической реабилитации больных с частичной и полной адентией // Российский вестник дентальной имплантологии.– 2015.– №2.– С.38-43
3. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России // Москва.– 2009.– 236с.
4. Лернер А.Я., Бронштейн Д.А., Жаров А.В., Лесняк А.В., Ремизова А.А., Тихонов А.И., Юффа Е.П., Шумаков Ф.Г. Динамика результатов «Гамбургского тестирования» при несъемном протезировании // Российский стоматологический журнал.– 2016.– №1.– С.23-24
5. Олесов Е.Е., Уйба В.В., Хавкина Е.Ю., Шмаков А.Н., Чуянова Е.Ю. Стоматологическая заболеваемость молодых работников градообразующих предприятий с опасными условиями труда // Российский стоматологический журнал. 2014;6:54-56

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ОПОРОЙ НА ЗУБЫ И ИМПЛАНТАТЫ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ КОНТРОЛЯ

Узунян Н.А., Лернер А.Я., Заславский Р.С., Шматов К.В., Лобанов С.А.

Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва

Резюме. Представлены детальные показатели качества несъемных протезов (металлокерамических и на каркасах из диоксида циркония) в сопоставлении с протезами на имплантатах. Указаны средние сроки службы протезов и преимущества протезов на имплантатах.

Ключевые слова: несъемные протезы, качество, имплантаты, металлокерамика, керамика

Введение. В отечественной ортопедической стоматологии при замещении включенных дефектов зубных рядов конкурируют два метода: мостовидное протезирование с опорой на естественные зубы и

искусственные коронки (мостовидные протезы) с опорой на внутрикостные имплантаты [1-4]. При этом применяются разные конструкционные материалы протезов: металлокерамика и керамика на каркасах из диоксида циркония. В научной литературе отдаленных результатов сравнения эффективности указанных методов и материалов недостаточно, что обусловило цель представленного исследования.

Цель исследования: сравнительное изучение отдаленной клинической эффективности мостовидных протезов с опорой на зубы и несъемных протезов с опорой на имплантаты с использованием разных конструкционных материалов.

Материал и методы исследования. Для оценки качества и функциональных возможностей современных конструкций протезов, замещающих включенные дефекты зубного ряда и изготовленных в соответствии с действующими клиническими рекомендациями проведено в динамике за 7 лет наблюдение за 314 пациентами (547 протезов).

Группы наблюдения:

I – металлокерамические мостовидные протезы – 134 пациента, 231 протез;

II – безметалловые керамические мостовидные протезы с CAD/CAM каркасом из диоксида циркония – 86 пациентов, 116 протезов;

III – несъемные протезы на имплантатах – 94 пациентов, 180 искусственных коронок на имплантате, 20 мостовидных протезов.

Динамическое обследование пациентов включало 37 показателей состояния протезов, касающихся состояния твердых тканей опорных зубов и пародонта, качества эндодонтического лечения; адекватности конструкции протеза, его целостности, в том числе облицовки; состояние десны и гигиены; состояния ВНЧС и окклюзионных взаимоотношений; полноценность функций жевания, речи, эстетики. На этапах ежегодного диспансерного обследования высчитывалось количество протезов, сохраняющих функциональные качества, а также нуждающихся в замене, нуждающихся в смене конструкции в связи с удалением опорных зубов или зубов за пределами протеза, определялся средний срок службы протезов.

Результаты исследований. Нуждаемость в замене конструкции протеза в связи с изъянами протетической конструкции за 7 лет наблюдения составляла 22,1% для металлокерамических протезов с опорой на зубы, 18,1% – для безметалловых мостовидных протезов и 18,5% – для протезов на имплантатах (Табл. 1). В связи с удалением опорных зубов требовалась смена конструкции 19,5% металлокерамических и 19,0% безметалловых керамических мостовидных протезов; смена конструкции протезов на имплантатах в связи с удалением опорных имплантатов происходила реже – 4,5%. В связи с удалением других зубов за пределами протезов на зубах и на имплантатах появлялась необходимость в смене конструкции у 19,5%, 17,2% и 19,5% металлокерамических и безметалловых мостовидных протезов и протезов на имплантатах соответственно.

Таблица 1

Потребность в замене и смене современных конструкций протезов (% , за период 7 лет)

показатель / группа	нуждаются в замене	нуждаются в смене конструкции в связи с удалением опорных зубов (имплантатов)	нуждаются в смене конструкции в связи с удалением других зубов
группа I	22,1	19,5	19,5
группа II	18,1	19,0	17,2
группа III	18,5	4,5	19,5

У металлокерамических протезов пульпит опорного зуба в течение 7 лет наблюдается в единичных количествах (0,7% от всех протезов), обострение периодонтита – 1,3%. Проявление или прогрессирование очага хронического периодонтита с нарастающей частотой выявляется после 4 лет нагрузки, достигая к моменту завершения наблюдения 8,8% (при этом 22,7% очагов относятся к зубам с исходно интактной пульпой). Кариес опорных зубов выявляется при контроле в 2 года, нарастает до 14,3% при контроле в 7 лет. Обострение пародонтита, проявляясь в течение второго года функционирования протезов, увеличивается до 7,7% через 7 лет нагрузки. Хронический пародонтит (пародонтальные карманы) наблюдается к завершению наблюдения у 11,0% от сохранившихся протезов; подвижность опорных зубов проявляется после 4 лет нагрузки, составляет 4,4% от сохранившихся протезов при эксплуатации 7 лет. Рецессия десны выявлялась через 3 года эксплуатации протезов, достигает 11,0% к периоду наблюдения. Хроническое воспаление десны у опорных зубов регистрируется уже через год, несмотря на ежегодную профессиональную гигиену

частота гингивита увеличивается, достигая 39,6% протезов на 7 году нагрузки. Недостаточная гигиена характерна для 8,6% протезов через год наблюдения, через 7 лет – для 28,6%. Такие осложнения в состоянии как перелом опорного зуба, пролежни под протезом, поломка протеза, явления бруксизма, явления гальванизма, снижение нижней трети лица, нарушение саливации проявляются в единичных случаях не ранее, чем через 5 лет нагрузки. Расцементировка опорных коронок регистрируется с 2 года нагрузки, наблюдается у 5,5% протезов; нарушение облицовки – у 8,8%. Неадекватные окклюзионные взаимоотношения в связи с стираемостью естественных зубов встречаются у 6,6% протезов через 7 лет нагрузки; проявления патологии ВНЧС в дополнение к ранее имеющимся соответственно у 4,4%. Удаление опорных зубов по разным причинам достигает 13,2% через 7 лет нагрузки; разрушение других зубов до необходимости их удаления достигает 19,5% от всех протезов, 8,8% к 7 году нагрузки. В итоге удовлетворительные функциональные способности сохраняются через 7 лет у 38,9% металлокерамических протезов.

Керамические мостовидные протезы на CAD/CAM фрезерованных каркасах из диоксида циркония демонстрируют функциональные показатели, сопоставимые с металлокерамикой, а по некоторым критериям ее превосходят. Так, примерно в те же сроки выявляются пульпит, обострение периодонтита, хронический периодонтит, кариес: соответственно 2,6%, 6,0%, 3,8%, 9,5% от всех протезов. Существенно реже в сравнении с металлокерамикой проявляются заболевания пародонта: гингивит 15,2% на 7 году эксплуатации, обострение пародонтита – у 3,8%, хронический пародонтит – у 3,8%; рецессия десны – у 3,8%. При этом уровень гигиены ненамного лучше, чем у пациентов с металлокерамическими протезами (недостаточная гигиена – 26,2% через 7 лет. В меньшей степени безметалловые протезы приводят к подвижности опорных зубов – у 1,9%. В сравнении с металлокерамикой такие осложнения в состоянии как перелом опорного зуба, снижение нижней трети лица проявляются в единичных случаях не ранее, чем через 6 лет нагрузки. Бруксизм, гальванизм, пролежни под протезом и расцементировка коронок, нарушение саливации не выявляются. Поломка происходит у 2,6% протезов, нарушение облицовки – 3,8% к 7 году нагрузки. Неадекватные окклюзионные взаимоотношения и проявления патологии ВНЧС регистрируются – у 5,7% и 3,8% через 7 лет нагрузки. Удаление опорных зубов достигает 5,7% через 7 лет нагрузки, удаление других зубов – 5,7%. Таким образом, функциональная полноценность через 7 лет нагрузки сохранялась у 45,7% керамических протезов.

Несъемные протезы на имплантатах, в свою очередь, имеют преимущества перед мостовидными протезами с опорой на естественные зубы. Они не имеют таких осложнений, как пульпит, периодонтит, кариес. В сравнении с металлокерамическими протезами у имплантатов реже возникает воспаление десны: мукозит характерен для 22,6% протезов на 7 году нагрузки периимплантит – для 13,9%. Редко развивается обострение периимплантита (1,7%), подвижность опорных имплантатов проявляется только после 5 лет нагрузки и в два раза реже в сравнении с опорными зубами (1,7% протезов при эксплуатации 7 лет). В то же время рецессия десны довольно часто выявляется у имплантатов (17,4%), несмотря на лучший в сравнении с металлокерамикой уровень гигиены (недостаточная гигиена – 20,9%). Не отмечено пролежней под протезами на имплантатах, гальванизма, нарушения саливации и снижения нижней трети лица. Расцементировка опорных коронок или раскручивание винта между коронкой и абатментом наблюдается в 15,0% от всех протезов; нарушение облицовки – 17,4%. Неадекватные окклюзионные взаимоотношения выявляются у 10,1% протезов через 7 лет без увеличения патологии ВНЧС (2,6%). Удаление опорных имплантатов составляет 3,5% протезов через 7 лет нагрузки, что реже в сравнении с опорными зубами; за 7 лет удалено 6,3% имплантатов от установленных. Удаление зубов за пределами протезов происходит относительно 19,5% протезов на имплантатах, 10,4% к 7 году нагрузки. В итоге 7 летней нагрузки 18,5% металлокерамических протезов на имплантатах нуждались в замене (7,1% в год завершения наблюдения), что меньше в сравнении с металлокерамическими протезами на зубах; в смене конструкции в связи с удалением имплантатов – 4,5% (2,8% в завершающий год наблюдения), что в несколько раз меньше в сравнении с протезами на зубах. 57,5% протезов на имплантатах сохраняли свою функциональность через 7 лет эксплуатации.

Выводы

Основными причинами снижения функциональной эффективности и замены несъемных протезов является кариес у протезов с опорой на зубы, осложнения эндодонтического лечения, а также пародонтит; при опоре на имплантаты причиной – мукозит и периимплантит. Средний срок службы несъемных ортопедических конструкций в данном исследовании составляет: металлокерамика 5,9±0,2лет,

безметалловая керамика $5,7\pm 0,5$ лет, с опорой на имплантаты $7,2\pm 0,6$ лет, в среднем по всем несъемным протезам $6,3\pm 0,4$ лет.

Несъемные протезы на имплантатах демонстрируют более выраженную эффективность и длительность функционирования в сравнении с мостовидными протезами с опорой на зубы.

Список литературы

1. Бронштейн Д.А., Олесов Е.Е., Заславский Р.С., Узуян Н.А., Шматов К.В., Лобанов С.А. Результаты ортопедической реабилитации пациентов с полным отсутствием зубов в зависимости от конструкции протезов на денальных имплантатах // Российский вестник денальной имплантологии.– 2017.– №2.– С.45-49
2. Загорский В.А., Робустова Т.Г. Протезирование зубов на имплантатах // Москва.– 2011.– 351с.
3. Олесова В.Н., Бронштейн Д.А., Гришков М.С., Захаров П.А., Печенихина В.С. Отдаленные результаты анализа состояния перимплантатных тканей в зависимости от условий денальной имплантации // Российский вестник денальной имплантологии.– 2016.– №2.– С.36-40
4. Олесова В.Н., Новоземцева Т.Н., Ремизова А.А., Гришкова Н.О., Жаров А.В. Отдаленные результаты замещения включенных дефектов зубных рядов керамическими протезами на каркасах из диоксида циркония // Медицинский алфавит.– 2016.– №3.– С.30-32

МЕТОД ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ ДЕНТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА

Филиппова Е.С.

БУ «Ядринская центральная районная больница им. К.В. Волкова»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

В настоящее время практическая стоматология располагает большим арсеналом реставрационных материалов для восполнения структуры и функции зубов, постоянно совершенствуются технологии их применения. Однако, проблема рецидива кариозного процесса, в том числе и вовлечение в процесс пульпы зуба при лечении глубокого кариеса остается весьма актуальной.

Основной причиной рецидива кариеса является микрофлора, которая развивается в микропространствах между тканями зуба и реставрационным материалом из-за микроподтекания жидкости из пульпы через систему дентинных канальцев, что приводит в дальнейшем к разрушению зуба и развитию осложнений кариозного процесса [4].

По данным многочисленных исследований, проведенных в России и мире за последние 15 лет, процент осложнений через 6 месяцев после лечения глубокого кариеса достигает 30-32 % [4]. Из анализа большей части работ следует, что основные осложнения в твердых тканях и пульпе связаны с неадекватной оценкой состояния твердых структур дентина и неправильным выбором фармакологических средств для лечения [4].

Среди лекарственных прокладочных материалов, используемых при лечении глубокого кариеса и профилактики воспаления пульпы, обладающих антисептическими, обезболивающими, противовоспалительными, реминерализующими и одонтоотропными действиями широко применяются стеклоиономерные цементы и лечебные композиции, содержащие кальций фосфатный компонент и препараты на основе гидроокиси кальция.

К таким препаратам относятся препараты гидроокиси меди-кальция, применяемые для лечения кариеса дентина, вызывающие перманентное бактерицидное действие, за счет включенной в состав меди. Гидроокись меди-кальция обладает в 100 раз более мощной дезинфицирующей силой, чем гидроокись кальция, входящая в состав лечебных прокладок [1]. Гидроокись меди-кальция вызывает образование аморфного преципитата, закрывающего более 50% отверстий дентинных трубочек. Микробная проницаемость снижается до 47%. [2].

В последние годы с большим успехом гидроокись меди-кальция используется для профилактики рецидива кариеса в составе компонентов эмаль или дентин-герметизирующего ликвида по методу «глубокого фторирования». Метод разработан профессором А. Кнаппвост (Гамбургский университет) [2].

Дентин-герметизирующий ликвид имеет в своем составе жидкость № 1 и жидкость № 2. В составе жидкости №1 содержатся силикатэксагидрат магния, сульфатпентагидрат меди-II, фтористый натрий в качестве стабилизатора и дистиллированная вода. Жидкость №2 содержит высокодисперсную гидроокись кальция. При последовательном нанесении на дентин указанных жидкостей в результате реакции между ними образуется высокомолекулярный полимер кремниевой кислоты с субмикроскопическими кристаллами фтористого кальция и фтористой меди-II. Это герметизирующее вещество, образующееся в дентинных канальцах, имеет щелочную реакцию и высокую плотность, что предохраняет дентин и пульпу зуба от вредного воздействия различных веществ, включая кислоты и мономеры, содержащиеся в различных материалах [2].

Эффективность профилактики рецидивного кариеса при использовании дентин-герметизирующего ликвида связана с тем, что ионы меди и фтора в высокой концентрации обладают выраженными бактерицидными свойствами и подавляют ферментативную деятельность микрофлоры, разрушающей коллаген. Благодаря ионам меди дентин-герметизирующий ликвид обладает долговременной бактерицидной активностью, возобновляющейся под действием кислорода и способен десятилетиями предотвращать вторичный кариес [1].

При использовании дентин-герметизирующего ликвида в глубоких кариозных полостях, расположенных вблизи пульпы, следует наносить сначала жидкость №2, затем жидкость №1, после этого – еще раз жидкость №2. Это позволит избежать проникновения в пульпу даже минимального количества жидкости №1, имеющей pH в области кислотных значений, а также еще не до конца разрушившихся макрокристаллов фторидов [1, 2].

В целом, дентин-герметизирующий ликвид способен защищать дентин и пульпу зуба при реставрации зубов различными материалами, предупреждать развитие рецидивного кариеса за счет бактерицидного эффекта, стимулировать образование вторичного дентина и снижать гиперчувствительность дентина после препарирования зубов [1].

В стоматологическом отделении БУ «Ядринская ЦРБ» Минздрава Чувашии при лечении зубов с глубоким кариесом применяются не только прокладочные материалы, но и метод глубокого фторирования «Дентин-герметизирующим ликвидом» (Dentin-Versiegelungsliquid, HumanChemie, Германия).

За период с 2013 по 2016 годы в стоматологическом отделении БУ «Ядринская ЦРБ» Минздрава Чувашии мной была проведена оценка эффективности метода глубокого фторирования при лечении кариеса зубов у 34 пациентов в возрасте 18-35 лет. Было проведено глубокое фторирование 37 зубов (23 моляра, 14 премоляра) с диагнозом K02.1 Кариес дентина (МКБ-10), и локализацией кариозного процесса в пределах околопульпарного дентина – глубокий кариес (топографо-анатомическая классификация кариеса И.Г.Лукомского (1955)). Данные рентгенографии всех обследованных зубов выявили глубокие кариозные полости, не сообщающиеся с полостью зуба. Анализ результатов глубокого фторирования дентина проводился по данным непосредственных и отдаленных сроков наблюдения.

Проводилась электроодонтометрия (ЭОД) до лечения и в контрольные сроки наблюдения – 14, 28 суток и спустя 6, 12 месяцев. Рентгенография проводилась непосредственно перед лечением и через 6, 12 месяцев.

Для лечения применялся препарат «Дентин-герметизирующий ликвид» (HumanChemie, Германия). В качестве постоянной пломбы использовался фотополимер Filtek Z250 (3M ESPE) с адгезивной системой Single Bond Universal (3M ESPE), в качестве адаптационного слоя – светополимеризуемый гибридный жидкотекучий композитный материал Filte Ultimate Flowable (3M ESPE). Лечение больных осуществлялось под местной анестезией. Учитывая роль микрофлоры в развитии кариозного процесса, проводилось тщательное удаление кариозного дентина под контролем детектора кариеса. После препарирования полость промывалась дистиллированной водой и высушивалась теплым воздухом. С помощью аппликатора поочередно проводилось туширование дна и стенок подготовленной полости по схеме: сначала наносилась жидкость №2, затем жидкость №1, после высушивания тканей зуба слабой струей воздуха вновь наносилась жидкость № 2. Затем проводилось травление эмали, наносилась адгезивная система, адаптивный слой жидкотекучего композита и накладывалась постоянная пломба.

Непосредственно после лечения ни один из пациентов не отмечал появления постоперационных болей. Данные ЭОД в сроки наблюдения оставались в пределах физиологической нормы. Во все сроки наблюдения отмечалась цветостабильность пломб и их хорошее краевое прилегание. Сравнительный анализ дентальных снимков зубов на момент обследования и через 12 месяцев после лечения показал отсутствие видимых патологических изменений со стороны тканей периодонта.

Выводы. Метод глубокого фторирования дентина даёт хорошие результаты лечения глубокого кариеса в отдаленные сроки. Технология метода достаточно проста, не требует наложения изолирующих подкладок. Дентин-герметизирующая жидкость не препятствует образованию сцепления между материалами с адгезивной системой и тканями зуба, что является профилактикой развития вторичного кариеса. Данный метод заслуживает внимания практикующих врачей-стоматологов, так как является эффективным методом лечения больных с глубоким кариесом зубов.

Список литературы

1. Бутвиловский А.В., Бурак Ж.М. Глубокое фторирование твердых тканей зубов: механизм действия, показания к применению / А.В. Бутвиловский, Ж.М. Бурак, Д.Н. Наумович и др. // Современная стоматология. – 2010. – №1. – С. 30 –33.
2. Кнапшвост А. Постоянная защита пульпы от дентинного кариеса нанофторидами при глубоком фторировании дентин-герметизирующим ликвидом // Стоматолог. – 2004. – №1. – С.11 – 12.
3. Ковалёва М.С. Лечение больных с глубоким кариесом зубов с применением глубокого фторирования дентина // Вестник Новгородского государственного университета.– 2006. – № 35. – С. 60 – 61.
4. Сирак А.Г, Сирак С.В. Динамика репаративного дентиногнеза после лечения глубокого кариеса и острого очагового пульпита разработанной поликомпонентной лечебной пастой // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5(2). – С. 384 – 388;

СЕКЦИЯ №38.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)

СЕКЦИЯ №39.

ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)

СЕКЦИЯ №40.

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)

СЕКЦИЯ №41.

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

СЕКЦИЯ №42.

УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)

СЕКЦИЯ №43.

ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)

СЕКЦИЯ №44.

ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)

ВАКУУМ - ИНСТИЛЛЯЦИОННАЯ ЛАПАРОСТОМА В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Шапкина В.А.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск

Разлитой гнойный перитонит (РГП) осложняет течение заболеваний органов брюшной полости в 15-25% случаев, оставаясь одним из самых грозных осложнений абдоминальной хирургии. Число случаев перитонита на протяжении последних лет имеет тенденцию к увеличению, в тоже время показатели летальности остаются неутешительными и варьируют, по данным отечественных и зарубежных хирургов, от 30% до 70% [1,2,3]. В связи с этим, разработка и внедрение новых методик и технологий в лечение перитонита является актуальной задачей современной клинической практики.

На нынешнем этапе развития хирургии РГП принята тактика «открытого» ведения брюшной полости с проведением saniрующих операций. В 2000-х годах начинается использование вакуумных (ВАК) технологий в лечении «открытого» живота, в основе действия которых лежит принцип локального отрицательного давления (ЛОД). В настоящее время вакуум-ассистированная лапаростома (ВАЛ) является предпочтительной методикой временного закрытия брюшной полости (ВЗБП) при РГП. В сравнении с традиционной техникой лапаростомии и другими способами ВЗБП имеет самый низкий показатель смертности и осложнений и, наряду с этим, высокий риск образования свищей и межпетельных абсцессов [1]. Поэтому сегодня справедливо можно заметить, что лучший метод ВЗБП еще не определен.

Эволюционным этапом развития методики лечения ран отрицательным давлением является сочетание проточно-инстилляционной системы и ЛОД [5]. Эта новационная технология применяется в лечении тяжелых инфицированных хирургических ран, с выраженной степенью бактериальной обсемененности, в качестве дополнительного метода, позволяя осуществлять комплексный уход за раной посредством её прерывистого автоматизированного орошения (инстилляции) и положительного воздействия на ткани ЛОД [5,8].

В настоящее время данных по применению ВАЛ в сочетании с проточно-инстилляционной методикой, так называемой, вакуум – инстилляционной лапаростомии (ВАКИ) в лечении перитонита недостаточно. Мы встретили лишь несколько подобных публикаций в международных электронных базах данных медицинской информации (PubMed / MEDLINE).[6, 10, 4, 9, 7].

Известно, что воспалительные процессы брюшины увеличивают её выделительную (экссудативную) функцию. Применение ВАЛ обеспечивает постоянную эвакуацию экссудата брюшной полости. Однако в связи его особенностями (вязкость, наличие фибрина) и формированием слипчивого процесса в брюшной полости образуются "закрытые" недренируемые участки скопления экссудата. Для предотвращения формирования таких затёков мы использовали методику хирургического лечения ВАЛ в сочетании с фракционным лаважом брюшной полости физиологическим раствором – ВАКИ. Методика ВАКИ позволяла уменьшить вязкость экссудата и значительно снизить риск формирования недренируемых полостей, улучшая тем самым результаты лечения РГП.

Цель исследования. Оценить эффективность применения вакуум-инстилляционной лапаростомии в лечении распространенного перитонита.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 49 пациентов с РГП, находившихся на лечении в Красноярском краевом гнойно-септическом центре КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в период с 2013 по 2015 год, из них 28 женщин и 21 мужчина, средний возраст которых составил $46,7 \pm 6,7$ года.

Все пациенты были сопоставимы по исходной тяжести состояния ($SAPS \geq 8$), выраженности полиорганной недостаточности (ПОН) ($SOFA \geq 12$) и тяжести поражения органов брюшной полости: Мангеймский индекс перитонита (МИП) ≥ 20 , индекс брюшной полости (ИБП) ≥ 13 . Оценка эффективности терапии проводилась по динамике данных показателей на фоне лечения, а также по оценке уровня летальности и частоты осложнений. Первую группу (24 человека) составили пациенты с наложением ВАЛ аппаратом VivanoTec® S 042 NPWT фирмы Hartmann (Германия) в режиме постоянного вакуумирования 130 мм рт. ст. Пациентам второй группы (25 человека) выполнялась ВАЛ по описанной выше технологии в сочетании с фракционной проточно-инстилляционной методикой при помощи оригинального

инстилляционно-дренажного устройства, позволяющего осуществлять фракционную подачу нормального физиологического 0,9% раствора (рис.1, рис.2). Идея создания описываемого инстилляционно-дренажного устройства и методика его применения принадлежат автору статьи и защищены патентом (заявка на патент №2017109585). Удлиненные дренажные трубки устройства располагали межпетельно, по боковым каналам и в малом тазу. Для сохранения герметизации, контрапертурную рану для введения устройства размещали дистальнее линии прикрепления герметизирующей пленки (рис.3) Объем вводимого физиологического раствора для однократного сеанса инстилляции составлял 400 мл. Фракционная подача осуществлялась через каждые 8 часов. На период проведения сеанса инстилляции вакуумирование прекращалось и возобновлялось через 5-7 минут после завершения введения физиологического раствора в прежнем режиме (110-130 мм.рт.ст.).

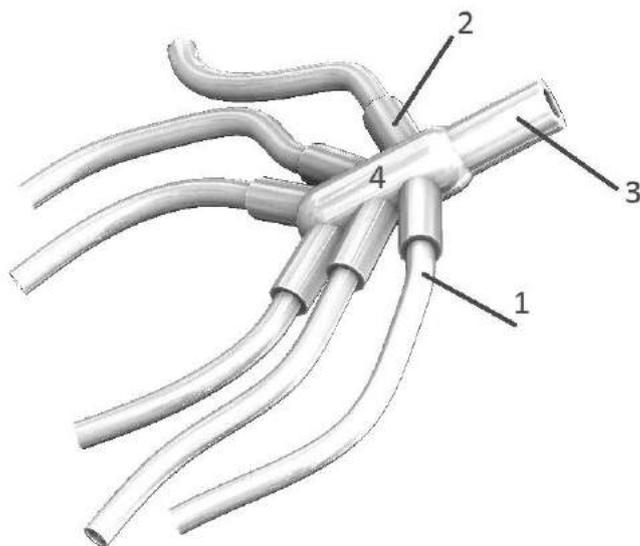


Рис.1. Инстилляционно-дренажное устройство (схема модели)

1 - эластичные перфорированные силиконовые дренажные трубки; 2 - разветвитель; 3 - дополнительный вход для подключения инстилляции; 4 - инстилляционно-дренажное устройство

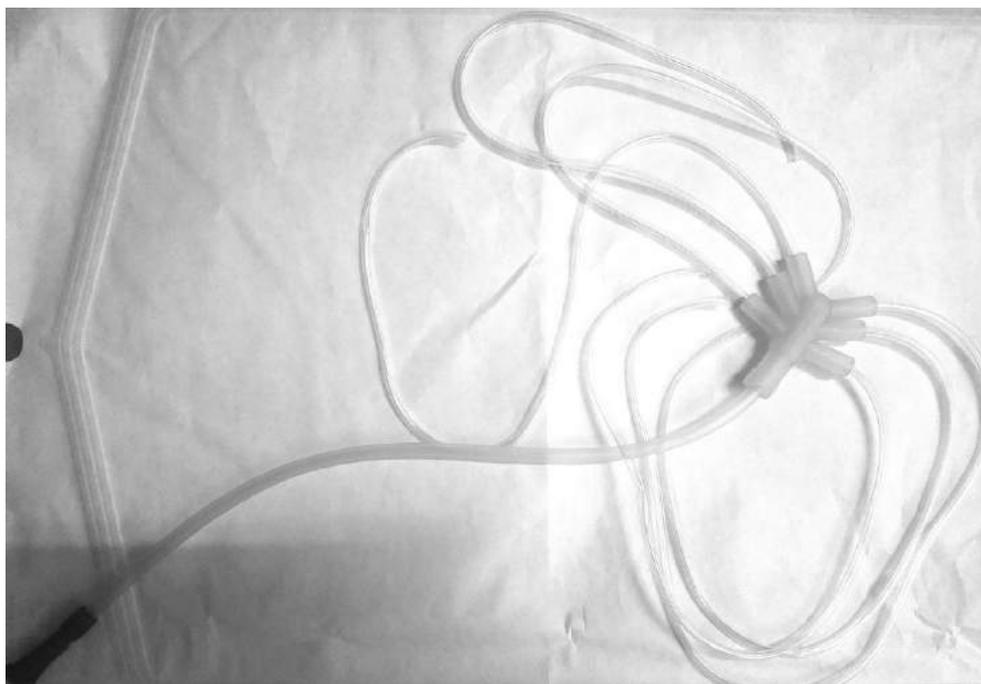


Рис.2. Инстилляционно-дренажное устройство (внешний вид)



Рис.3. Инстилляционно-дренажное устройство, введенное в брюшную полость

Статистический анализ осуществляли при помощи пакета прикладных программ Statistica 8.0 (StatSoft Inc., 2007). Описательные статистики представлены медианой, 25 и 75 перцентиллями. Значимость различий между показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Краскала-Уоллиса для связанных по критерию Фридмана и затем попарное сравнение выполнялось с помощью критериев Манна–Уитни и Вилкоксона соответственно.

Результаты. В группе пациентов с ВАКИ по сравнению с ВАЛ без инстилляции уже на 1 сутки послеоперационного периода отмечалось более выраженное снижение показателей SOFA с 12,9 баллов исходных до 9,7 баллов, в то время как этот показатель в группе с применением ВАЛ на 1 сутки после операции составлял 10,5 балла ($p < 0,01$), также отмечалось более раннее и значительное уменьшение показателя SAPS на 3,4 балла в группе с применением ВАКИ на 1 сутки послеоперационного периода, против 2,1 баллов в группе с применением ВАЛ ($p < 0,01$). При оценке интраабдоминальной ситуации отмечалось снижение ИБП после первой санирующей операции с применением ВАКИ в среднем на 4,6 баллов, в то время как в группе ВАЛ этот показатель снизился на 3,2 балла ($p < 0,01$). При оценке осложнений в группах отмечалось уменьшение частоты интраабдоминальных осложнений – 52% против 72%, в том числе снижение частоты образования свищей – 47% против 62% в группах ВАКИ и ВАЛ соответственно. Осложнения со стороны передней брюшной стенки (нагноение послеоперационной раны) также отмечались реже у пациентов с применением ВАКИ: 18% против 23% у пациентов с ВАЛ. Коэффициент осложнений на одного человека составил 2,85 против 3,78 в группах ВАКИ и ВАЛ соответственно. Летальность в группе ВАКИ отмечалась на уровне 20,8% против 26% при применении ВАЛ без инстилляций.

Заключение. РГП представляет одну из самых актуальных проблем абдоминальной хирургии в связи с высоким уровнем летальности. Поэтому разработка и внедрение новых методик в лечение перитонита является актуальной задачей современной клинической практики. ВАЛ является предпочтительной конструкцией ВЗБП при РГП, имеет низкие показатели смертности и осложнений, но высокий риск образования свищей и недренируемых участков скопления экссудата в брюшной полости. Эволюционным этапом развития методики лечения ран с использованием ЛОД является сочетание дренажно-промывной и вакуумной систем. Данные, имеющиеся в литературе относительно применения вакуум-инстилляционной лапаростомии в лечении перитонита, малочисленны, обрывочны и фрагментарны. Применение ВАЛ в сочетании с разработанным нами оригинальным инстилляционно-дренажным устройством продемонстрировало убедительное преимущество данного метода в лечении РГП. Метод

вакуум-инстилляционной лапаростомии позволяет эффективно санировать брюшную полость, в более короткие сроки улучшать интраабдоминальную ситуацию, снижая риск формирования недренируемых внутрибрюшных полостей путём уменьшения слипчивого процесса брюшной полости, улучшая тем самым результаты лечения и снижая уровень летальности пациентов с РПП.

Список литературы

1. Вакуум-ассистированная лапаростома при лечении распространенного гнойного перитонита / Д. В. Черданцев, О. В. Первова, В. А. Шапкина [и др.] // В мире научных открытий. 2015. № 12.2(72). С. 517–531.
2. Здзитовецкий Д. Э. Распространенный перитонит: обоснование объема оперативного лечения и метода ведения брюшной полости : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.17. Красноярск, 2013. 39 с.
3. Озонотерапия в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита / Ю. С. Винник, С. В. Якимов, Н. М. Маркелова [и др.] // Всероссийская школа «Перитонит от А до Я» : IX Всероссийская конференция Ассоциации общих хирургов Российской Федерации с международным участием. Ярославль, 2016. С. 174–177.
4. Can vacuum-assisted closure and instillation therapy (VAC-Instill therapy) play a role in the treatment of the infected open abdomen? / M. D'Hondt, A. D'Haeninck, L. Dedrye [et al.] // *Tech. Coloproctol.*, 2011, vol. 15, № 1, pp. 75–77.
5. Harding K. Prologue: transformational healing solutions // *J. Wound Care*, 2015, vol. 24, 4 Suppl., pp. 4–5.
6. Management of the open abdomen using negative pressure wound therapy with instillation in severe abdominal sepsis: A review of 48 cases in Hospital Mexico, Costa Rica / P. Sibaja, A. Sanchez, G. Villegas [et al.] // *Int. J. Surg. Case Rep.*, 2017, vol. 30, pp. 26–30.
7. Mini-open vacuum-assisted closure therapy with instillation for debilitated and septic patients with pleural empyema / Z. Sziklavari, M. Ried, R. Neu [et al.] // *Eur. J. Cardiothorac Surg.*, 2015, vol. 48, № 2, pp. e9–e16.
8. Negative pressure therapy for the treatment of complex wounds / R. V. K. S. Lima, P. S. Coltro, J. A. Farina [et al.] // *Rev. Col. Bras. Cir.*, 2017, vol. 44, № 1, pp. 81–93.
9. Negative pressure wound treatment of infections caused by extensively drug-resistant gram-negative bacteria after liver transplantation: two case reports / D. Dondossola, M. Cavenago, S. Piconi [et al.] // *Transplant. Proc.*, 2015, vol. 47, № 7, pp. 2145–2149.
10. VAWCM-Instillation Improves Delayed Primary Fascial Closure of Open Septic Abdomen / Q. Tao, J. Ren, Z. Ji [et al.] // *Gastroenterol. Res. Pract.*, 2014, Available at : <https://www.hindawi.com/journals/grp/2014/245182/> (Accessed 30 May 2017)

СЕКЦИЯ №45.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ТЕСТОСТЕРОНА НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Хомякова А.С.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД»

Число больных сахарным диабетом во всем мире неуклонно растет, принимая масштабы «неинфекционной эпидемии» XXI века [1]. На сегодняшний день описаны гендерные различия в течении многих хронических заболеваний, в том числе, были предприняты и попытки их поиска у больных

сахарным диабетом [2]. Однако, такой подход к проблеме не отражает влияния дефицита половых гормонов внутри группы пациентов одного пола. Не вызывает сомнения влияние андрогенного дефицита на эректильную функцию мужчин [3, 4, 5]. Имеются данные о взаимосвязи возрастного гипогонадизма и дисфункции эндотелия [6, 7, 8]. Вместе с тем, описано участие тестостерона в регуляции жирового обмена [9, 10, 11], однако его влияние на инсулинорезистентность является недостаточно изученным.

Целью работы была оценка влияния андрогенного дефицита на показатели углеводного и липидного обменов у мужчин с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Нами было обследовано 70 пациентов мужского пола с ожирением и сахарным диабетом 2 типа (средний возраст $51,3 \pm 6,2$ лет). Всем пациентам выполнялись антропометрические измерения и контроль артериального давления. Метаболический профиль оценивался по показателям липидограммы, гликемии натощак, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), иммунореактивного инсулина, индекса инсулинорезистентности НОМА. По уровню общего тестостерона все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту. В первую группу вошли 38 пациентов с нормальным уровнем общего тестостерона сыворотки (более 12,1 нмоль/л) без клинических симптомов гипогонадизма, во вторую - 32 мужчины с уровнем общего тестостерона менее 12,1 нмоль/л и клиническими признаками андрогенного дефицита. Группы были сформированы в соответствии с диагностическими критериями возрастного гипогонадизма, рекомендованными Европейской Ассоциацией Урологов 2015. Статистический анализ данных проводился с использованием U-критерия Манна-Уитни при помощи пакета прикладных программ SPSS 21.0.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что пациенты с возрастным гипогонадизмом имели большую выраженность ожирения. Так, во 2 группе по сравнению с 1-ой были достоверно ($p < 0,05$) более высокий индекс массы тела ($33,4 [20,3; 37,5]$ против $30,3 [24,5; 32,8]$ кг/м²), окружность талии ($112,9 [103,1; 129,5]$ против $109,2 [103,0; 116,5]$ см) и окружность бедер ($117,0 [106,5; 123,4]$ против $107,5 [102,8; 114,0]$ см). Показатели артериального давления значимо не отличались между группами.

При оценке углеводного обмена уровни гликемии натощак в двух группах были сопоставимы. Однако уровень HbA1c у пациентов с андрогенным дефицитом был достоверно ($p = 0,04$) выше чем у лиц с нормотестостеронемией ($8,6 [7,1; 11,5]$ против $7,3 [6,2; 9,1]$ %). Кроме того, индекс НОМА был достоверно выше у пациентов с гипогонадизмом ($5,8 [5,0; 6,2]$ против $3,2 [2,7; 3,8]$ единиц) по сравнению с эугонадными мужчинами, что отражает усиление инсулинорезистентности на фоне ослабления влияния тестостерона на углеводный обмен. При исследовании липидограммы уровень общего холестерина и липопротеидов высокой плотности статистически значимо не отличались, но концентрации триглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности были статистически выше у пациентов второй группы.

Это указывает на ухудшение контроля углеводного и липидного обменов в условиях андрогенного дефицита.

Выводы. Дефицит тестостерона является фактором, который через усиление инсулинорезистентности приводит к нарушению углеводного и липидного обменов у мужчин с сахарным диабетом 2 типа.

Список литературы

1. IDF Diabetes Atlas. 7-th edition. 2015. Available from: www.idf.org/diabetesatlas/7e
2. Гончар В.Н., Башнина Е.Б. Гендерные отличия распространенности и клинического течения сахарного диабета 2-го типа у пациентов молодого возраста// Вестник Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова. -2011. -Т. 3, № 3. - С. 104-106.
3. Ибишев Х.С., Хрипун И.А., Гусова З.Р., Белоусов И.И., Черный А.А., Дзантиева Е.О. Коган М.И. Проблема дефицита тестостерона и эректильной дисфункции у мужчин (обзор литературы)// Урология. – 2014. -№ 6. - С.104-107.
4. Kogan M.I., Belousov I.I., Khripun I.A., Vorobev S.V., Ibishov H.S. Dzantieva E. O., Chernyi A.A. Could erectil dysfunction in type 2 diabetes change the presumption of normative total blood serum testosterone?// Медицинский вестник Северного Кавказа. -2016. -Т.11, №2. - С. 155-159.
5. Коган М.И., Белоусов И.И., Ибишев Х.С., Воробьев С.В., Хрипун И.А., Сизякин Д.В., Черный А.А., Моргунов М.Н., Паленый А.И. Особенности эректильной дисфункции при сахарном диабете 2 типа и дефиците сывороточного тестостерона// Урология. -2015. -№6. -С.87-92.

6. Хрипун И.А., Воробьев С.В., Пузырева В.П., Харитоновна М.И., Белоусов И.И., Коган М.И. Дисфункция эндотелия, как следствие андрогенного дефицита у мужчин с сахарным диабетом 2 типа// Современные проблемы науки и образования. -2015. - №6-0. -С.220.
7. Хрипун И.А., Гусова З.Р., Ибишев Х.С., Султанмурадова А.С., Воробьев С.В., Коган М.И. Эндотелиальная дисфункция у мужчин: взгляд клинициста// Бюллетень сибирской медицины. – 2014. -Т 13, №5. - С.169-178.
8. Khripun I.A., Vorobev S.V., Dzantiva E.O., Gusova Z.R., Belousov I.I., Ibishev H, Kogan M.I., Zitzmznn M. Influence of endogenous testosterone on markers of endothelial dysfunction in men with type 2 diabetes// Aging Male. – 2016. – Т. 19. – №. 1. – С. 8.
9. Хрипун И.А., Воробьев С.В., Кузьменко Н.А. Преимущества использования индекса LAP в комплексной оценке метаболического статуса у мужчин с сахарным диабетом 2 типа и ожирением. Сборник тезисов VII Всероссийского конгресса эндокринологов «Достижения персонализированной медицины сегодня – результат практическое здравоохранения завтра»// -2016. - С.387.
10. Хрипун И.А., Гусова З.Р., Дзантиева Е.О., Пузырева В.П., Белоусов И.И., Воробьев С.В. Тестостерон, как инструмент метаболического контроля мужского здоровья// Медицинский вестник Юга России. -2014. -№4. -С.19-22.
11. Хрипун И.А., Воробьев С.В., Коган М.И. Новый маркер метаболических нарушений у мужчин с сахарным диабетом 2 типа// Медицинский вестник Юга России. -2016. -№1. -С. 84-86.

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)

К ВОПРОСУ О ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Косякова Н.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России»,
г. Ростов на Дону, Россия

Федеральным законом от 17.07.99г. № 178 «О государственной социальной помощи» установлен набор социальных услуг для отдельных категорий граждан, который включает обеспечение необходимыми лекарственными препаратами (ОНЛП), медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания. Законом также предусмотрено право граждан на отказ от набора социальных услуг в пользу денежного эквивалента. За годы функционирования ОНЛС многие воспользовались этим правом и в программе остались отдельные категории граждан, обеспечение лечения которых за счет собственных средств невозможно. Особое место занимает организация лекарственного обеспечения больных финансово затратными нозологиями и редкими заболеваниями.

Понятие «редкие (орфанные) заболевания» на государственном уровне было введено Федеральным законом № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» в 2011 году. Согласно пункту 1 статьи 44 редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения, что и является законодательным критерием отнесения выявленных заболеваний к данной категории [1]. На федеральном уровне, на основании собранных статистических данных в соответствии с МКБ 10 сформирован перечень редких (орфанных) заболеваний, который включает свыше 230 наименований. По данным Формулярного комитета РАМН, россиян, страдающих такими болезнями, насчитывается от 300 тыс. до 5 млн. человек [2,3].

В этот перечень вошли заболевания, которые соответствуют критерию распространенности вне зависимости от того, существуют ли на сегодняшний день методы лечения и лекарственная терапия.

Из этого обширного перечня Правительством РФ утвержден список жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. Этот перечень включает 24 заболевания, для которых в настоящее время имеется патогенетическое лечение, т.е. лечение, направленное на устранение патологического процесса, а не на симптомы, и государство взяло на себя обязанности по обеспечению лекарственными препаратами таких больных.

Лекарственное обеспечение пациентов с редкими заболеваниями сопряжено с некоторыми особенностями, обусловленными в первую очередь высокой стоимостью орфанных препаратов и малой численности целевой группы больных.

Обеспечение больных финансово затратными нозологиями осуществляется за счет федерального бюджета в рамках программы «Семь нозологий». В этот перечень включены четыре редких заболевания: гемофилия, муковисцидоз, гипофизарный нанизм и болезнь Гоше. Лекарственное обеспечение других больных с орфанными заболеваниями осуществляется за счет средств субъектов РФ.

В настоящее время разработаны и утверждены 28 стандартов для лечения 24 орфанных заболеваний [4]. Для терапии 9 редких заболеваний используются лекарственные препараты, имеющие статус «орфанный», для 8 нозологий используется арсенал лекарственных препаратов, не имеющих этого статуса, а для лечения остальных редких заболеваний достаточно использования специализированного лечебного питания. С целью организации оказания медицинской помощи и обеспечения лекарственными средствами в каждом субъекте ведется территориальный сегмент Федерального регистра больных редкими заболеваниями. В территориальный сегмент Ростовской области включены 241 человек, имеющих различные формы редких нозологических заболеваний, рисунок 1:

1. болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D59.3, D59.5, D61.9, D68.2, D69.3, D84.1);
2. болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E22.8, E70.0, E70.1, E70.2, E71.0, E71.1, E71.3, E72.1, E72.3, E74.2, E75.2, E76.0, E76.1, E76.2, E80.2, E83.0);
3. врожденные аномалии [пороки крови], деформации и хромосомные нарушения (Q78.0);
4. болезни системы кровообращения (I27.0);
5. болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M08.2).

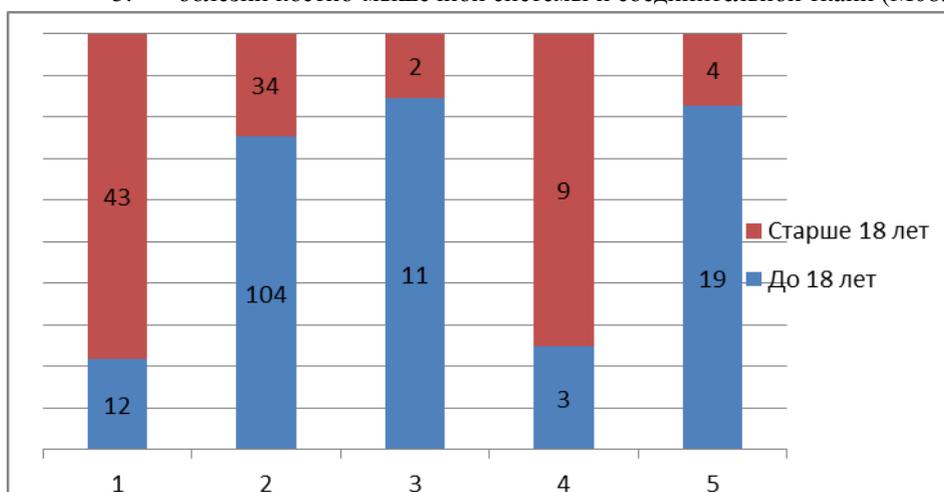


Рисунок 1 – Возрастная структура больных редкими заболеваниями, включенных в территориальный сегмент Федерального регистра, чел.

В территориальном сегменте 149 пациентов в возрасте до 18 лет, что составляет 61,8%, и лекарственное обеспечение данной категории больных является первостепенной задачей органов управления здравоохранением.

Наибольшее количество больных зарегистрировано с диагнозом заболевания болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ», удельный вес больных данной патологией составляет 57,3%, и 22,8% составляют лица, имеющие заболевания крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

В настоящее время в области сформирована система организации оказания медицинской помощи и обеспечения лекарственными средствами пациентов с редкими заболеваниями. Лица с установленным диагнозом орфанного заболевания и включенные в территориальный сегмент обеспечиваются лекарственной терапией за счет средств областного бюджета.

Показатели лекарственного обеспечения лиц с установленным диагнозом редкого заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Показатели лекарственного обеспечения лиц редкими заболеваниями

Численность больных орфанным заболеванием, чел	Затраты на терапию редких заболеваний в 2016г. тыс. руб.	Источники финансирования, %		Расходы на терапию редких заболеваний в рамках бюджета региональной льготы, %
		Областной бюджет	Федеральный бюджет	
241	424601,03	81,5	18,5	31,3

Лекарственное обеспечение пациентов с редкими заболеваниями требует значительных финансовых затрат, сумма расхода в 2016г. составила 424601,03 тыс. руб. На 81,5% эта сумма покрывается из областного бюджета, что составляет свыше тридцати процентов бюджета региональной льготы. Для обеспечения доступности в лекарственной терапии свыше 18,0% средств были получены в виде субвенций из федерального бюджета. Затраты на терапию в разрезе нозологических форм представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Затраты на лекарственную терапию пациентов с редкими заболеваниями

Категория по МКБ 10	Код МКБ 10	Средний расход на 1 больного, тыс. руб.
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D59.3 D59.5 D61.9 D68.2 D69.3 D84.1	68518,67
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E22.8 E70.0 E70.1 E70.2 E71.0 E71.1 E71.3 E72.1 E72.3 E74.2 E75.2 E76.0 E76.1 E76.2 E80.2 E83.0	123847,31
Врожденные аномалии [пороки крови], деформации и хромосомные нарушения	Q78.0	59,1
Болезни системы кровообращения	I27.0	4438,48
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M08.2	193,0

Наиболее финансово затратной категорией является терапия болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, расходы на 1 больного составляют 123847,31 тыс. руб. в год, на лечение болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм расходуется до 68518,67 тыс. руб.

Таким образом, в Ростовской области сформирована система лекарственного обеспечения больных редкими заболеваниями и значительная доля затрат регионального бюджета расходуется на терапию этой категории граждан.

Список литературы

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017).- Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/3b6712874b7f4d84831b3acfb65e4c5106e5c27d/
2. Оценка необходимых финансовых затрат на лекарственное обеспечение больных с редкими заболеваниями в РФ //Сура М.В., Герасимова К.В., Омеляновский В.В., Авксентьева М.В./ Фармакоэкономика,- 2014.-№ 3.- 36-43.
3. Перечень редких (орфанных) заболеваний// URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>. Или <http://fb.ru/article/174397/orfannoe-zabolevanie-i-ego-lechenie-perechen-orfannyih-zabolevaniy>
4. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2014/02/27/1740-rukovoditeli-departamentov-minzdrava-rossii-prinyali-uchastie-v-kruglom-stole-posvyaschennom-probleme-orfannyh-zabolevaniy>

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)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕБЕНДАЗОЛА В КРОВИ

Шорманов В.К., Щербаков В.К.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Мебендазол (5-бензоил-2-метоксикарбониламино-бензимидазол) – лекарственный препарат глистогонного действия, производное бензимидазола [2, 3].

По физическим свойствам это аморфный порошок белого цвета с желтым оттенком практически нерастворимый в воде, щелочи, кислотах и спиртах, имеет ограниченную растворимость в простых эфирах и метиленхлориде, легко растворим в муравьиной кислоте, диметилформамиде и диметилсульфоксиде [4, 5].

Мебендазол обладает средней токсичностью, за счет плохой всасываемости из желудочно-кишечного тракта. ЛД₅₀ при введении в желудок крыс составляет 1280 мг/кг.

В настоящее время препарат недостаточно изучен с химико-токсикологической точки зрения, однако токсические воздействия на организм теплокровных при передозировке позволяют считать его потенциальным объектом исследования.

Цель исследования – изучение особенностей определения мебендазола в крови, его идентификацию и количественное определение.

Материалы и методы исследования

Объектами исследования явились мебендазол и таблетки мебендазола 0,1 г, соответствующие требованиям НД 42-6939-05.

Проводилось исследование модельных экспериментальных смесей мебендазола с кровью выдержанного при комнатной температуре 1,5 часа.

Был осуществлен поиск оптимальных условий изолирования аналита из крови ацетоном.

Очистка извлечения осуществлялась нормальнофазовой колоночной хроматографией низкого давления, с последующей идентификацией хроматографией в тонких слоях сорбента.

Количественное определение и подлинность осуществляли УФ-спектрофотометрией, используя прибор СФ-2000.

Результаты и их обсуждение

Оптимальное извлечение мебендазола из крови осуществляется двукратным настаиванием с ацетоном в количестве, превышающем массу биоматериала в два раза, по 45 минут каждое.

Очистку аналита от биологической матрицы и сопутствующих эндогенных соединений осуществляли хроматографией низкого давления на колонке с диаметром 11 мм, заполненной 10 г нормальнофазового сорбента силикагель L 40/100. Элюирование осуществляли системой ацетон-дихлорметан (8:2). Фракции собирались по 2 мл, выход мебендазола наблюдался в 8-12 фракции.

Электромагнитное поглощение мебендазола определяли в среде диметилсульфоксида. В диапазоне длин волн 245-380 нм имеет две точки экстремума при 265 нм и 320 нм, далее для данных точек были определены параметры молярного коэффициента поглощения 27401 и 22279 соответственно.

Была изучена линейная зависимость поглощения различных концентраций раствора мебендазола в диметилсульфоксиде в интервале 2,5-80 мкг/мл в области 320 нм. Полученное уравнение градуировочного графика для определения количественного содержания аналита в фотометрируемом растворе имело вид: $A = k \cdot C + b = 0,007997871 \times C + 0,003390104$, где A – оптическая плотность; C – концентрация мебендазола в измеряемом растворе, мкг/мл. Коэффициент корреляции данного графика составлял 0,9996.

Изолирование. 25 г экспериментальной смеси определяемого вещества с кровью настаивали с ацетоном дважды по 50 г 45 мин каждый. Извлечения фильтровали через бумажный фильтр, который затем промывали 20 г ацетона, после чего их объединяли. Дальнейшую очистку проводили через стеклянный фильтр диаметром 4 см со слоем безводного натрия сульфата 1 – 1,5 см, натрия сульфат так же промывали 20 г ацетона. Полученный фильтрат испаряли досуха при нормальных условиях.

Очистка. Полученное высушенное извлечение растворяли в смеси ацетон-дихлорметан (8:2) и вводили в колонку, заполненной нормальнофазовым сорбентом силикагель L 40/100, размером 490*10 мм. Хроматографировали мебендазол смесью ацетон-дихлорметан (8:2). Фракции элюэнта собирали по 2 мл с момента ввода смеси в систему, фракции с 8 по 12, предположительно содержащие мебендазол, объединяли и упаривали досуха при комнатной температуре, полученный остаток сухого извлечения мебендазола из крови растворили в 5 мл метилхлорида (исходный раствор). В три фарфоровые выпарительные чашки было внесено 0,2 мл, 2 мл и 1 мл «исходного раствора» соответственно. Извлечения во всех чашках были так же упарены досуха при нормальных условиях в токе воздуха.

Идентификация. Остаток № 1 растворяли в 0,2 мл диметилсульфоксида и количественно наносили в виде на хроматографическую пластину «Сорбфил» ПТСХ-АФ-А-УФ.

Хроматографировали в присутствии вещества-свидетеля, используя смесь Изопропанол-Гексан (8:2) в качестве подвижной фазы. Полученные хроматограммы детектировали в УФ-свете и идентифицировали анализируемое вещество по совпадающей с веществом-свидетеля величине R_f , (0,44±0,05). Далее участок, предположительно содержащий анализируемое вещество вырезали и полученный образец помещали в пробирку. Аналит элюировали 5 мл диметилсульфоксида в течение 15 мин из сорбента, при периодическом помешивании, и определяли его поглощаемость электромагнитного излучения в диапазоне длин волн 245-380 нм. Анализируемое соединение определяли по уникальной форме спектральной кривой и характерному положению точек экстремума.

Количественное определение. Используя уравнение градуировочного графика, было посчитано количественное содержание мебендазола в полученном извлечении с учетом навески, по величине интенсивности поглощения раствора при 320 нм. Результаты определения количественного содержания аналита в крови методом УФ-спектрофотометрии представлены в таблице.

Таблица

Результаты определения количественного содержания мебендазола в крови на основе изолирования ацетоном (n=5, P=0,95)

Внесено мебендазола, мг в 25 г крови	Найдено мебендазола, % (n=5; P=0,95)				
	\bar{x}	S	S _r	S _{\bar{x}}	$\Delta\bar{x}$
1,25	85,85	2,94	0,034	1,31	3,67
2,5	85,93	2,41	0,029	1,08	2,98
10,0	86,72	1,89	0,023	0,85	2,41
25,0	87,01	1,76	0,021	0,77	2,15
50,0	87,69	1,61	0,019	0,72	1,99

Исходя из данных полученных в ходе эксперимента, при содержании мебендазола в 25 г крови в количестве 2,5-50,0 мг с используя разработанную нами методику возможно обнаружить 85,85-87,69 % аналита. Определяемый минимум разработанной нами методики 0,25 мг.

Выводы

1. Для извлечения мебендазола из крови был выбран ацетон, как оптимальный изолирующий агент. Установлены оптимальные условия для его изолирования.
2. Для очистки определяемого соединения от соэкстрактивных веществ биологической матрицы применена колоночная хроматография низкого давления в нормальнофазовом сорбенте силикагель L 40/100 мкм.
3. Рассмотрены варианты идентификации и определении количественного содержания мебендазола в извлечениях из крови методами тонкослойной хроматографии и УФ-спектрофотометрии..

Список литературы

1. Баранов Ю.Н., Шорманов В.К., Коваленко Е. А. Цацуа Е. П. Определение банкола в крови // Перспективы развития современной медицины: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (Воронеж, 11 декабря 2016 г.). – Воронеж: Инновационный центр развития образования и науки; Воронеж, 2016. – С. 204-211.
2. Мебендазол. Субстанция // Европейская Фармакопея на русском языке. Восьмое издание. Т. 2. - Москва: «Ремедиум», 2015. - С. 2696-2697.
3. Шорманов В.К., Пугачёва О.И., Асташкина А.П., Цацуа Е.П. Особенности распределения 2,6-ди-трет-бутил-4-метилгидрокси-бензола в организме теплокровных животных. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2016;59(1):29-34
4. Шорманов В.К., Галушкин С.Г., Терских А.П. Распределение карбосульфана в организме теплокровных животных // Судебно-медицинская экспертиза. – 2015. – Т. 58, № 5. – С. 23-29.
5. Шорманов В.К., Галушкин С.Г., Терских А.П. Изолирование диметоата из растительных биологических объектов // Проблемы медицины в современных условиях: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (Казань, 10 июня 2014 г.). – Казань: Инновационный центр развития образования и науки; ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет, 2014. – С. 351-353.

СЕКЦИЯ №53.

ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)

ПРОТИВОМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 1,3,4-ТИАДИАЗОЛА

Фролова В.В., Гурина С.В., Яковлев И.П., Юсковец В.Н.

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: 1,3,4-тиадиазолы, противомикробная активность.

Актуальность. В настоящее время применение антимикробных лекарственных препаратов для лечения инфекционных заболеваний часто приводит к развитию резистентности у микроорганизмов [2]. В связи с этим возрастает потребность в синтезе новых соединений, обладающих выраженным противомикробным действием.

Тиадиазолы – это известный класс гетероциклических соединений, обладающие широким спектром биологической активности, в том числе антибактериальной и противогрибковой [1, 2, 3, 4, 5].

Актуальным является поиск новых и эффективных соединений среди тиадиазолов, обладающих антимикробной активностью.

Цель исследования. Определение противомикробного действия новых производных 1,3,4-тиадиазола и выявление наиболее активных соединений.

Материалы и методы. Для исследования противомикробной активности были синтезированы перхлораты 3,5-дифенил-1,3,4-тиадиазола с разными заместителями во втором положении (рис. 1, табл. 1).

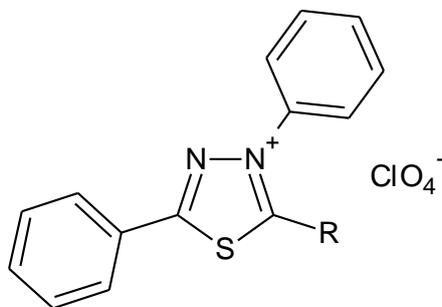
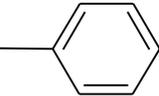
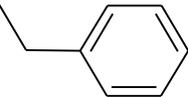
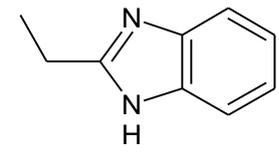
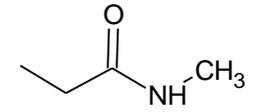
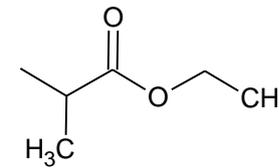
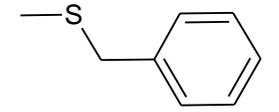


Рис. 1. Структурная формула производных 1,3,4-тиадиазола

Табл. 1

Заместители производных 1,3,4-тиадиазола

Производные 1,3,4-тиадиазола	Заместители	Название
I	CH ₃	Метил
II	C ₄ H ₉	Бутил
III		Фенил
IV		Бензил

V		Метилбензимидазолил
VI		Амидная группа
VII		Сложноэфирная группа
VIII		Бензилсульфанил

Противомикробную активность исследовали методом двукратных серийных разведений полученных соединений в жидких питательных средах с последующим высевом на плотную питательную среду.

Определяли минимальные ингибирующие цидные (МИКц) и статические концентрации (МИКст) соединений в отношении тест-микроорганизмов.

В качестве тест-культур использовали *Staphylococcus aureus* ATCC 6538, *Bacillus cereus* ATCC 10702, *Candida albicans* РКПГУ401.

Исходные растворы производных 1,3,4-тиадиазола получали в концентрации 1 мг/мл.

Результаты. При исследовании антимикробного действия исследуемых соединений в отношении *Staphylococcus aureus* установлено, что они не проявили бактерицидного действия, кроме соединения VIII, а оказали преимущественно бактериостатический эффект (табл. 2).

Соединение VIII, содержащее во 2 положении бензилсульфанил, оказывало выраженное статическое (МИКст – 8 мкг/мл) и цидное (МИКц – 32 мкг/мл) антистафилококковое действие.

Менее выраженным эффектом обладали соединения I и III с метилом и фенилом во 2 положении. Минимальная ингибирующая цидная концентрация составила 500 мкг/мл, а статическая – 32 мкг/мл.

При исследовании антимикробного действия в отношении грамположительной спорообразующей *Bacillus cereus* установлено, что соединения были малоактивны (табл. 2).

По сравнению со всеми исследуемыми соединениями соединение VIII было более активным в отношении *Bacillus cereus* (МИКц – 125 мкг/мл).

При исследовании противогрибкового действия в отношении *Candida albicans* установлено, что соединения V и VIII оказывают заметное фунгистатическое действие (МИКст – 63,5 мкг/мл) (табл. 2).

Фунгицидный эффект исследуемых соединений был слабо выражен (МИКц – 125-250 мкг/мл).

Табл. 2

Противомикробная активность исследуемых соединений

Производные 1,3,4-тиадиазола	МИК мкг/мл					
	<i>St. aureus</i>		<i>B. cereus</i>		<i>C. albicans</i>	
	МИКц	МИКст	МИКц	МИКст	МИКц	МИКст
I	500	32	250	125	125	-
II	500	125	500	250	250	125
III	500	32	250	125	250	125
IV	500	250	500	-	250	125
V	500	63,5	250	-	125	63,5

VI	500	125	250	-	250	-
VII	500	63,5	250	125	250	-
VIII	32	8	125	-	125	63,5

Заключение. Таким образом, из 8 исследуемых соединений можно выделить наиболее активное в отношении *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* и *Candida albicans* соединение VIII, содержащее во 2 положении бензилсульфанил, Соединения I, III и V, содержащие метил, фенил и метилбензимидазолил соответственно, обладали умеренным противомикробным действием.

Эти соединения перспективно использовать для дальнейшей химической модификации с целью получения активных производных.

Список литературы

1. Пат. 2571102 Российская Федерация, МПК C07D417/06, A61K31/433, A61P31/04. Замещенные хлориды 2-[(1z)-1-(3,5-диарил-1,3,4-тиадиазол-2(3н)-илиден)метил]-3,5-диарил-1,3,4-тиадиазол-3-ия и способ их получения / Семакова Т.Л., Юсковец В.Н., Ананьева Е.П., Кошевенко А.С., Яковлев И.П.; заявитель и патентообладатель ГБОУ ВПО СПбХФА Минздрава России.
2. Сысоев П.И. Синтез гетероциклических соединений на основе производных акридонуксусной кислоты: дисс ... канд. хим. наук: 02.00.03 / Сысоев Павел Ильич. – Москва, 2015. – 140 с.
3. 1,3,4-Thiadiazole: synthesis, reactions, and applications in medicinal, agricultural, and materials chemistry / Hu Y. [and etc.] // Chemical Reviews. – 2014. – Vol. 114, № 10 – P. 5572-5610.
4. Mohamad Yusuf. Synthesis and biological significances of 1,3,4-thiadiazolines and related heterocyclic compounds / Mohamad Yusuf, Payal Jain // Arabian Journal of Chemistry. – 2014. – № 7. – P. 525-552.
5. Synthesis and antimicrobial evaluation of some novel 1,2,4-triazole and 1,3,4-thiadiazole derivatives / Lukasz Popiolek [and etc.] // Medicinal chemistry research. – 2013. – Vol. 22, № 7. – P. 3134-3147.

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2017 ГОД

Январь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 января 2017г.

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

Февраль 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2017г.

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

Март 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 марта 2017г.

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

Апрель 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2017г.

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

Май 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 мая 2017г.

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

Июнь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июня 2017г.

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

Июль 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июля 2017г.

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

Август 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 августа 2017г.

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

Сентябрь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2017г.

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

Октябрь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 октября 2017г.

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

Ноябрь 2017г.

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

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2017г.

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

Декабрь 2017г.

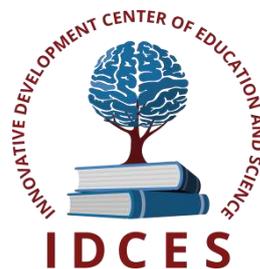
IV Международная научно-практическая конференция **«Перспективы развития современной медицины»**, г. Воронеж

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2017г.

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

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

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



**Современная медицина: актуальные вопросы
и перспективы развития**

Выпуск IV

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

г. Уфа

2017 г.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

Подписано в печать 10.09.2017.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 6,5.
Тираж 250 экз. Заказ № 090.

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