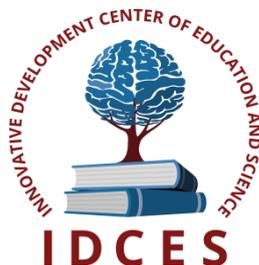


ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



**Актуальные проблемы и достижения
в медицине**

Выпуск V

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 апреля 2018 г.)**

г. Самара

2018 г.

**Издатель Инновационный центр развития образования и науки
(ИЦРОН), г. Нижний Новгород**

ISSN: 2618-9186

УДК 61(06)

ББК 5я43

Актуальные проблемы и достижения в медицине. / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 5. г. Самара. – НН: ИЦРОН, 2018. 51 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 V Международной научно-практической конференции «**Актуальные проблемы и достижения в медицине**», г. Самара представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

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

Статьи, принятые к публикации, размещаются в полнотекстовом формате на сайте eLIBRARY.RU.

© ИЦРОН, 2018г.

© Коллектив авторов

Оглавление

СЕКЦИЯ №1.	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)	7
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СОПРЯЖЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ МАТКИ В ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ Довгань А.А., Ляшенко Е.Н.	7
НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИНЫ НА ФОНЕ СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ Румянцева З.С., Алиева У.Н, Абибуллаева Н.К.....	10
СЕКЦИЯ №2.	
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)	13
СЕКЦИЯ №3.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	13
СЕКЦИЯ №4.	
БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)	13
СЕКЦИЯ №5.	
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)	13
СЕКЦИЯ №6.	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)	13
СЕКЦИЯ №7.	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	13
СЕКЦИЯ №8.	
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)	13
СЕКЦИЯ №9.	
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	13
СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	13
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	14
СЕКЦИЯ №12.	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	14
СЕКЦИЯ №13.	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	14
ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ЗА 2017-2018 ГОДА Шпидонова Р., Капустянская А., Трубачев Р.	14
СЕКЦИЯ №14.	
КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)	15
СЕКЦИЯ №15.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)	15
СЕКЦИЯ №16.	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)	15

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Черанева А.А., Прокашева Е.С., Канева П.Л., Снхчян А.С.	15
СЕКЦИЯ №17. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10).....	17
СЕКЦИЯ №18. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13).....	17
«КОРОНАРНАЯ АНГИОГРАФИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ» НА БАЗЕ РЦЭМП РБ№2 Колмогоров В.В.	17
СЕКЦИЯ №19. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	20
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВИНЦА В ЛИСТЬЯХ ЭКСТРАКЦИОННО- СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ Мальшева А.А., Горбачева А.С., Бордина Г.Е., Лопина Н.П.	20
СЕКЦИЯ №20. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	22
МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Арзуманян Р.А., Лыжина А.С.	23
МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Арзуманян Р.А., Лыжина А.С.	24
СЕКЦИЯ №21. МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04).....	27
СЕКЦИЯ №22. НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27).....	27
СЕКЦИЯ №23. НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18).....	27
СЕКЦИЯ №24. НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)	27
СЕКЦИЯ №25. НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)	27
СЕКЦИЯ №26. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03).....	27
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ Глумова А.Е.	27
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК ВАЖНЫЙ АСПЕКТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ Таирова Р.Т.	30
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ В СТАЦИОНАРАХ НА ДОМУ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Чайкина Н.Н.	32
СЕКЦИЯ №27. ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12).....	33

СЕКЦИЯ №28.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)	33
СЕКЦИЯ №29.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)	33
СЕКЦИЯ №30.	
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)	33
СЕКЦИЯ №31.	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	34
СЕКЦИЯ №32.	
ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)	34
СЕКЦИЯ №33.	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)	34
СЕКЦИЯ №34.	
РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)	34
АТЕРОСКЛЕРОЗ И РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Антипова В.Н., Кандалинцева Р.Г.....	34
СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА	
С ПОЛИАНГИИТОМ	
Никитина Н.М., Александрова О.Л., Григорьева С.Н., Грицкова И.А., Дембовская С.В.	38
СЕКЦИЯ №35.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)	39
СЕКЦИЯ №36.	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)	39
СЕКЦИЯ №37.	
СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)	39
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА КОЛЛАПАН-Л	
ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРНЕВЫХ КИСТ	
Игнатъев А.И.	40
СЕКЦИЯ №38.	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)	42
МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ	
Токарева Н.Г.....	42
СЕКЦИЯ №39.	
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)	44
СЕКЦИЯ №40.	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)	44
СЕКЦИЯ №41.	
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)	44
СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	44
СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	44
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	44
БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	
Горшунова Е.М., Курихин И.В.....	44

СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	47
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	48
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	48
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	48
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	48
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)	48
СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	48
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02)	48
СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	48
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2018 ГОД	49

СЕКЦИЯ №1.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СОПРЯЖЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ МАТКИ В ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Довгань А.А., Ляшенко Е.Н.

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

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли метаболического синдрома в генезисе развития сочетанной патологии матки в период постменопаузы. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, период постменопаузы, метаболический синдром.

Актуальность изучения особенностей клиники, психовегетативного статуса, диагностики и тактики ведения женщин в постменопаузе с сочетанной патологией матки обусловлено широким распространением данной патологии в этом возрасте (15-35% количества обращений в гинекологические отделения) и значительной частотой рецидивов - до 38% [1-4]. Клинические проявления при этом характеризуются возникновением рецидивирующих маточных кровотечений на фоне гиперпластических или атрофических состояний эндометрия, приводящих к временной потере работоспособности и снижению качества жизни, что наиболее актуально в плане онкологической настороженности [5-7]. Сложность ведения данного контингента больных обусловлена тем, что в постменопаузе уже есть, как правило, соматические заболевания: гипертоническая болезнь, остеохондроз, эндокринная патология, метаболические нарушения, функциональные изменения центральной нервной системы. Этот контингент пациенток, как правило, не организован, что снижает частоту профилактических осмотров и увеличивает степень запущенности заболевания [2, 6].

Экстрагенитальная патология всегда рассматривалась как фактор риска развития сочетанной патологии матки, особенно в период постменопаузы. При этом в последнее время большое значение придается наличию метаболического синдрома (МС) в генезисе различных дисгормональных нарушений, в том числе и органов репродуктивной системы [3, 4]. Несмотря на длительную историю исследований периода постменопаузы, к настоящему времени нельзя считать до конца выясненными причины и механизм развития сочетанной патологии матки именно в этом периоде, а также особенности влияния МС на клиническую картину данной патологии. В связи с приведенным выше данными представляется актуальным и перспективным обоснование и разработка клинической системы диагностики и тактики ведения женщин с сочетанной патологией матки в период постменопаузы на фоне и без МС. Цель исследования: изучение влияния МС на клинические проявления сочетанной патологии матки в период постменопаузы.

Материалы и методы Для решения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ историй болезни 128 женщин и пророспективное исследование 171 пациентки с кровотечениями в периоде постменопаузы. Среди ретроспективно изученных пациенток была выделена группа сравнения, состоящий из 61 женщины с сочетанной патологией матки (ППМ) в постменопаузе (для сравнения методов лечения). С нашего исследования были исключены пациентки, у которых при патоморфологическом исследовании были обнаружены злокачественные или предраковые изменения эндо- и миометрия. В то же время нельзя не отметить, что такие сочетания патологий как МС, лейомиома матки (ПМ) и атрофия эндометрия (АЭ) (на фоне метроррагии) МС, ПМ и гиперплазия эндометрия (ГЭ) рецидивирующая гиперплазия эндометрия (РГЭ), являются доброкачественными с точки зрения патоморфолога, однако учитывая возраст пациенток и комплексность повреждения, могут рассматриваться предраковыми с позиций клинициста. Материалом исследования явились данные проспективного обследования 171 больной в постменопаузе. Все пациентки прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследования. В ходе углубленного обследования были сформированы две клинические группы. В основную группу вошли 89 женщин с наличием МС; контрольную группу составили 82 женщины, не имеющие МС. Основная группа распределена две подгруппы женщин: 1-я – с изолированной формой патологии эндометрия (30) и 2-я - с ППМ (59) в контрольной группе соответственно наблюдались: 1-я подгруппа - 48 пациенток с

изолированной патологией эндометрия и 2-я подгруппа - 34 женщины с сочетанной формой пролиферативных процессов матки. Диагностика МС основывалась на критериях, утвержденных ВОЗ. В понятие ППМ мы объединили патологию эндо- и миометрия: патология эндометрия в сочетании с ПМ, патология эндометрия и аденомиоз (АМ), АМ и ПМ, а также все три патологии одновременно. В понятие патология эндометрия были включены: гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), полипы эндометрия (ПЭ) железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ). В комплекс обследования женщин, находившихся под наблюдением, входили: тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, объективное обследование, дополнительные методы обследования.

Результаты исследований

При обследовании пациенток обеих групп были выявлены следующие виды ППМ: - ПМ и АЭ - у 18 (20,22 ± 2,25%) наблюдаемых группы по ТС и у 14 (17,07 ± 1,15%) группы без МС; - ПМ и ПЭ - у 30 (33,71 ± 3,01%) обследуемых основной группы и в 18 (21,95 ± 2,57%) контрольной (p < 0,01); - ПМ в сочетании с ЖГЭ - у 7 (7,87 ± 1,85%) женщин основной группы, в контрольной группе не выявлено (p < 0,001); - ПМ в сочетании с АМ и ПЭ - у 4 (4,49 ± 1,19%) пациенток, имеющих МС, и в 2 (2,44 ± 0,74%) без признаков МС. Изолированная патология эндометрия в основной и контрольной группах представлена таким образом: - АЭ в группе с МС - у 10 (11,24 ± 1,34%) женщин и в 23 (28,05 ± 2,96%, p < 0,001) без МС - ПЭ - у 16 (17,98 ± 1,01%) пациенток основной группы и в 25 (30,49 ± 3,08%, p < 0,001) групп контроля; - ЖГЭ - 4 (4,49 ± 1,19%, p < 0,001) основных группы, в группе контроля железистая гиперплазия эндометрия не диагностирована. Итак, в основной группе достоверно чаще диагностированы сочетание ПМ и ЖГЭ, ПМ и ПЭ, при изолированной форме патологии эндометрия также в группе с МС чаще встречались ГЭ. В группе контроля при изолированной форме патологии эндометрия достоверно чаще обнаружены АЭ и ПЭ. При анализе возраста проспективно обследованных больных в подгруппах, в свою очередь разделенных по наличию изолированной или сочетанной форм патологии эндо- и миометрия, было отмечено, что в основной группе с наличием изолированной патологии эндометрия средний возраст составил 60,51 ± 1,51 года, с ППМ - 57,86 ± 0,99 года, в контрольной группе с ИПЭ - 60,54 ± 1,34 и с ППМ - 58,02 ± 1,53 года (p > 0,05). Итак, возраст больных был немного меньше в подгруппах с ППМ (p > 0,05) обеих групп. Женщины с проявлениями МС и изолированной патологией эндометрия по продолжительности постменопаузы были распределены следующим образом: продолжительность постменопаузы до 5 лет - у 10 (33,33 ± 3,06%), 6-10 лет - у 10 (33,33 ± 3,06%), более 11 лет - у 10 (33,34 ± 3,06%) пациенток. Среди пациенток без проявлений МС с изолированной формой патологии эндометрия было 17 (35,42 ± 3,90%), 17 (35,42 ± 3,90%), 14 (29,17 ± 2,56%) женщин соответственно.

Клиническая симптоматика у исследуемых женщин отличалась значительной совокупностью симптомов, обусловленных различными факторами: длительностью заболевания, сочетанием нескольких патологических процессов половых органов, особенностями предыдущего лечения, соматической патологией. В основном клиническая картина гиперпластических процессов матки у обследуемых женщин характеризовалась маточными кровотечениями (разной степени выраженности и продолжительности) и болевым синдромом. Все пациентки на момент поступления отмечали жалобы на кровянистые выделения из половых путей, каждая третья женщина основной группы имела их в анамнезе. Жалобы на боль внизу живота предъявляли 39 (43,82 ± 2,25%) пациенток основной и 30 (36,59 ± 2,31%) - контрольной групп (p < 0,05), АМК в анамнезе отмечены у 29 (32,58 ± 2,96%) и 10 (12,20 ± 1,61%, p < 0,001) женщин соответственно. Боль в поясничной области имели 23 (25,84 ± 1,64%) пациентки с признаками МС и 9 (10,98 ± 1,45%) - без МС (p < 0,001). Поллакиурия, дизурия, стрессовое недержание мочи беспокоили 15 (16,85 ± 1,96%) женщин основной и 9 (10,98 ± 1,45%) контрольной групп (p < 0,05). Жалобы со стороны других систем предъявляли 80 (89,89 ± 3,19%) и 67 (81,71 ± 3,26%) женщин (p < 0,05).

На наш взгляд, столь выраженное большое количество жалоб обусловлено возрастом и в основном наличием метаболических нарушений. Анализ жалоб больных обеих групп позволили сделать вывод о том, что маточные кровотечения у пациенток с ИПЭ и ППМ на фоне МС или без него является основным симптомом и поводом для обращения за медицинской помощью среди женщин данной возрастной группы. Длительность течения ППМ составила 11,5 ± 1,7 лет у пациенток основной группы и 10,87 ± 1,6 - в группе контроля. Видно, что с увеличением возраста увеличивается и продолжительность существования патологического процесса. Продолжительность кровяных выделений на момент госпитализации в гинекологическое отделение в основной группе составила 1,4 ± 0,07 мес, в группе контроля - 1,2 ± 0,08 мес, что свидетельствует о недостаточной медицинской грамотности пациенток и неадекватности наблюдения в женской консультации по этой группе больных.

Итак, у женщин возраста постменопаузы, имеющих МС, были достоверно более выражены объединенные жалобы (со стороны ряда систем, перенесенные ранее аномалии менструального цикла) при сопоставлении с аналогичными показателями пациенток без проявления ТС. При наличии МС достоверно чаще выявляются признаки цервицита, наботоновых кист, чем в группе женщин без МС, в группе контроля чаще встречались пациентки с неизменной шейкой матки. Из этого следует, что в развитии ППМ имеет значение и МС, и фактор хронического воспаления половых органов.

По результатам бимануального обследования в группе пациенток с МС достоверно чаще обнаружено увеличение матки до 7-8 нед беременности. Таким образом, наличие МС ясно оказывает влияние на степень выраженности пролиферативных процессов в миометрии. Исследование области придатков не давало четкой информации о патологических процессах в яичниках. Придатки не были увеличены у 78 ($87,64 \pm 3,36\%$) пациенток основной и у 78 ($95,12 \pm 2,37\%$) контрольной групп; незначительное их увеличение было у 9 ($10,11 \pm 1,03\%$) пациенток ($p < 0,01$) с признаками МС и 2 ($2,44 \pm 0,70\%$) - без признаков МС (кистозные изменения по МКБ-10), тяжесть в области придатков определялась у 2 ($2,25 \pm 0,48\%$) и 2 ($2,44 \pm 0,70\%$) обследованных соответственно.

При исследовании сведений и параметров отмечено уплощение сводов у 2 ($2,25 \pm 0,48\%$) и 2 ($2,44 \pm 0,70\%$) пациенток основной и контрольной групп. Увеличение придатков было чаще в группе с МС, что подтверждает роль обменно-эндокринных нарушений в генезе патологических процессов органов малого таза. Обследуемые основной и контрольной групп распределялись также по степени выраженности ожирения, тяжесть которого определялась по индексу массы тела. Среди пациенток, имеющих МС с изолированной формой патологии эндометрия, преобладали женщины с ожирением 1 ст. и 2а ст. Судьба женщин с избыточной массой тела (1 степень) в этой группе составила 13 ($43,33 \pm 3,04\%$); ожирение 2а степени было у 10 ($33,33 \pm 2,60\%$) обследуемых, 2б степени - у 3 ($10,00 \pm 1,47\%$, $p < 0,01$) по сравнению с данными аналогичной группы пациенток, не имеющих МС. В группе больных, не имеющих МС, с изолированной патологией эндометрия преобладали женщины с 1 ст. ожирение - 29 ($60,41 \pm 3,05\%$, $p < 0,01$), 2а ст. обнаружена в 10 ($20,83 \pm 1,86\%$), что значительно реже в сравнении с аналогичными данными основной группы; 2б ст. ожирения обнаружена у 1 ($2,08 \pm 0,06\%$) женщины; у 8 ($16,66 \pm 1,37\%$) пациенток отмечена нормальная масса тела. В основной группе женщин с сочетанной патологией эндо- и миометрия ожирение 1 ст. обнаружено у 20 ($33,89 \pm 2,16\%$), 2а ст. - у 26 ($44,33 \pm 3,46\%$), 2б ст. - у 8 ($13,55 \pm 1,45\%$) пациенток. В контрольной группе обследованных с ППМ 1 ст. ожирение зарегистрирована у 20 ($58,82 \pm 3,44\%$, $p < 0,001$) женщин, 2а ст. - у 10 ($29,41 \pm 2,81\%$), больные с 2б ст. не отмечались; 4 ($11,76 \pm 1,52\%$) женщины были с нормальной массой тела ($p < 0,001$) по сравнению с данными аналогичной группы обследуемых, имеющих МС. Итак, в основной группе преобладали пациентки с ожирением и резко выраженным ожирением, что подтверждает роль эндокринных нарушений в развитии патологических процессов в половых органах.

Экстрагенитальные заболевания у больных с МС были представлены ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы (в основном артериальная гипертензия (АГ)) эндокринной системы (сахарный диабет 2-го типа (СД2), заболевания щитовидной железы), патологией пищеварительного тракта и почек. Экстрагенитальной патологии у больных, не имеющих МС, составили: заболевания сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, почек, заболевания суставов. При ППМ АГ в основной группе наблюдаемых отмечена у 49 ($83,05 \pm 4,88\%$) женщин, в аналогичной контрольной - у 1 ($32,35 \pm 2,02\%$, $p < 0,001$); детские инфекции среди пациенток с проявлениями МС - у 24 ($40,68 \pm 3,39\%$) женщин, без проявлений МС соответственно - у 5 ($14,71 \pm 1,07\%$, $p < 0,001$).

Патология щитовидной железы при наличии сочетанной патологии матки имела место у 20 ($33,90 \pm 2,16\%$) женщин основной группы, в контрольной - у 2 ($5,88 \pm 1,03\%$, $p < 0,001$); СД2 типа в основной группе при ППМ диагностирован у 20 ($33,90 \pm 1,6\%$) пациенток, в контрольной группе не выявлено ($p < 0,001$). Заболевания пищеварительного тракта при сочетанной патологии матки в группе с проявлениями МС отмечены у 16 ($27,12 \pm 2,08\%$) пациенток, без проявлений МС - в 12 ($35,29 \pm 2,19\%$, $p < 0,01$) обследованных. ИБС в основной группе была в 8 ($13,56 \pm 1,45\%$) случаях, в контрольной - в 3 ($8,82 \pm 0,86\%$, $p < 0,05$). Патология почек при ППМ и МС обнаружена у 4 ($6,78 \pm 0,27\%$) женщин, без МС - у 2 ($5,88 \pm 1,03\%$), заболевания легких соответственно - в 4 ($6,78 \pm 0,27\%$) и 2 ($5,88 \pm 1,03\%$) женщин. Итак, нами отмечена большая обремененность экстрагенитальной патологией у женщин основной группы (с сочетанной патологией эндо / миометрия и изолированной формой патологии эндометрия) в сопоставлении с аналогичными показателями обеих подгрупп контроля.

Из перенесенных гинекологических заболеваний в основной и контрольной группах чаще были хронические воспалительные процессы половых органов. Анализ структуры гинекологических заболеваний по данным анамнеза у больных с изолированной патологией эндометрия показал, что аборт делали пациенткам в основной группе у 25 (83,33 ± 4,81%) женщин и у 30 (62,50 ± 3,92%, $p < 0,01$) - в контроле. В группе женщин с МС воспалительные заболевания и спаечный процесс малого таза обнаружены в 15 (50,00 ± 3,12%) случаях, в группе без МС - в 13 (27,08 ± 2,41%, $p < 0,001$). Следовательно, у больных при изолированной и сочетанной формах патологии эндо- и миометрия воспалительные заболевания половых органов и спаечный процесс малого таза встречаются в каждом третьем / втором случае, что в свою очередь, способствует дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и патология ГЗ желез в анамнезе достоверно чаще зарегистрированы у пациенток, имеющих МС.

Список литературы

1. Довгань А. А. Особенности клинической характеристики женщин с репродуктивными потерями в анамнезе // Всеукраинский научно-практический журнал «Здоровье женщины». - №2 (88)/2014.- С. 127-128
2. Довгань А. А. Значение оперативного лечения миомы матки в восстановлении репродуктивной функции женщин // Современная медицина: Актуальные вопросы и перспективы развития медицины. ИЦРОН. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – выпуск 2.-Уфа.-2015.- С. 12-14.
3. Довгань А. А. Роль медико-социальных и психологических факторов в отягощенном репродуктивном анамнезе// Всеукраинский научно-практический журнал «Здоровье женщины». - №8 (114)/2016.- С. 98
4. Довгань А. А. Оптимизация предгравидарной подготовки женщин с миомой матки// Всеукраинский научно-практический журнал «Здоровье женщины». - №7 (123)/2017.- С. 59
5. Стрижова Н.В. Частота метаболического синдрома у женщин с ожирением. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов / Н.В. Стрижова, А.С. Гавриленко, А.В. Саркисова // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 6. – С. 27–31.
6. Савельева И.В. Беременность и метаболический синдром: состояние проблемы // Росс. вест. акуш. и гинекол. – № 2, 2010. – С. 28–31.
7. Сергиенко С.Н. Беременность и роды у женщин с метаболическим синдромом // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (часть 1). – С. 68–70.

НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИНЫ НА ФОНЕ СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ

Румянцева З.С., Алиева У.Н., Абибуллаева Н.К.

(К.м.н., доцент Румянцева З.С., У.Н. Алиева, Абибуллаева Н.К.)
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Актуальность. Современная женщина в своей повседневной жизни постоянно сталкивается с воздействием "стрессовых" неблагоприятных факторов окружающей среды и это стало нормой современного общества [3,5].

В условиях постоянного воздействия психоэмоционального напряжения в коре головного мозга начинает функционировать доминанта, то есть происходит торможение функции подкорковых структур мозга, что проявляется снижением или торможением образования гонадотропных релизинг-гормонов [1,4,7,8].

Репродуктивная система занимает пассивную позицию в процессе адаптации организма к стрессу. В условиях стресса она замедляет свою деятельность, возникает централизация кровоснабжения - основные энергетические ресурсы организма поступает жизненно важным системам. В гормональном гомеостазе - вышеизложенное, выражается в поддержании адекватного ответа организма на стрессовое воздействие

гипоталамно-гипофизарно-яичниковой системой в виде угнетения репродуктивной функции [2,9]. Таким образом, в современных условиях наблюдается превращение стресса из физиологического адаптативного явления в патогенетическое звено [2,7].

Для женщины нарушение менструальной функции должно стать сигналом о серьезной поломке в организме. Однако, согласно данным изучения анамнеза заболеваний - только одна треть женщин обращается к гинекологу с этой проблемой на ранних этапах заболевания, боясь "страшного диагноза", а в итоге узнав, что причиной дисфункционального состояния является обычный стресс, большинство игнорируют данный факт, довольствуясь лишь симптоматическим медикаментозным лечением. В то время, как не нивелированная эмоционально-психическая нагрузка продолжит свое патологическое действие, и функциональные изменения перейдут в структурные, переводя организм из стадии адаптивности в стадию истощения, что и может, стать причиной бесплодия, понимание патогенеза позволит избежать подобных клинических последствий [6,10]. Поэтому бытующее в повседневной жизни, как пациента, так и врача мнение о банальности стресса опровергается вышеизложенными данными различных исследований и указывает на необходимость уделять соответствующее внимание уровню стресса в процессе диагностики гинекологической патологии, а также учитывать в подходах к лечению [5,6].

Цель исследования: Оценить характер нарушений менструального цикла как результата неблагоприятного воздействия окружающей среды, формирующей стрессовое влияние.

Материалы и методы: Исследование состояло из трех блоков: общей, психологической и гинекологической. Для этой цели было проведено анкетирование 100 студенток Медицинской академии С.И. Георгиевского.

В общей части анкеты определялись другие, помимо стресса, неблагоприятные факторы, которые могли негативно отразиться на менструальной функции обучающихся, а именно: гиподинамия, вредные привычки, недостаточное питание, сопутствующие соматические заболевания.

В психологической части был использован тест на учебный стресс, разработанный Ю.В. Щербатых, позволяющий определить основные причины, проявления и приемы снятия стресса.

Гинекологический блок включал - изучение гинекологического анамнеза с оценкой состояния менструального цикла и его главных характеристик.

После обработки всех блоков были сформированы две группы по 25 человек с нарушениями менструального цикла без связи со стрессовыми влияниями и со связью со стрессовыми влияниями.

Обследование студенток проводилось в медицинском центре "Alba-Med" и включало: осмотр, УЗИ-исследование органов малого таза для исключения структурной патологии, которая могла бы дать вероятность погрешности в проводимом исследовании, лабораторная диагностика – определение кортизола, пролактина, эстрадиола и прогестерона, проводилась в лечебно-диагностическом центре "Праймер" с учетом фазы менструального цикла.

Статистическую обработку данных проводили используя программное обеспечение MS Excel и Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. По результатам первого блока анкетирования, где оценивались общие факторы, которые могли бы повлиять на менструальный цикл студенток, прослеживается явное несоблюдение правил здорового образа жизни у 3курсниц: "популярны" вредные привычки, неправильный режим питания и сна, чаще встречаются случаи дефицита и избытка массы тела. В совокупности с дополнительными физическими нагрузками, которые имеются у 62% 3курсниц, неправильный образ жизни истощает адаптационные резервы, что делает организм уязвимым перед стрессовым влиянием.

При изучении результатов второго блока было определено, что чаще всего стрессовые ситуации у опрошенных, возникают на учебе и основными причинами их возникновения являются большие учебные нагрузки и излишне серьезное отношение к учебе.

Стоит обратить внимание на то, что у студенток 3 курса стресс, связанный с учебой проявляется в виде вегетативных проявлений чаще, чем у студенток 2 курса - 74% и 38% соответственно. Также на 3 курсе у студенток чаще встречаются нарушения в эмоционально-поведенческой сфере в виде проявлений тревоги, раздражительности, агрессии относительно 2курсниц (42% и 28%). Основными способами снятия стресса является отдых - 76%, и общение с близкими - 62%.

Согласно данным, полученным в ходе проведенного исследования третьего блока анкетирования, установлено: раннее менархе (10-11 лет) наблюдалось у 12% опрошенных; нерегулярный менструальный цикл - 22%; альгоменорея - 58%; меноррагия - 20%; гипоменорея - 4%. Длительность менструаций менее 3х

дней отмечается у 8% студенток, более 7 дней - у 5%. Короткий цикл (<21 дней) имеют 13% респонденток, длительный (>35 дней) - 9%.

Отмечается высокий показатель нарушений менструального цикла: на 2 курсе - 72%, из них 50% опрошенных отмечают связь со стрессом; тогда, как на 3 курсе с этой проблемой столкнулось - 82% студенток и из них 58% случаев стрессогенные. В большинстве случаев нарушения проявляются в виде задержки менструации - 83,3% и 92,6% (2й и 3й курсы соответственно), из которых 15,6% длятся более 15 дней; 18,4% - больше месяца, аменорея отмечалась у 11,4% опрошенных.

Согласно данным исследования, отмечается уменьшение количества студенток без нарушений менструального цикла и увеличение со стрессогенными нарушениями менструального цикла с повышением градации курса, что может объясняться учебной загруженностью. Однако не следует опускать и тот факт, что количество студенток со стрессогенными нарушениями менструального цикла изначально имеет значительные показатели на обоих курсах. Также, сравнивая эти две группы, можно сделать вывод о превалировании стрессового фактора в качестве причины нарушений менструальной функции у опрошенных.

За помощью к гинекологу обращались лишь 27,7% (2 курс) и 43,9% (3 курс), при этом в случаях стресс-индуцированных сбоев назначение группы психотропных препаратов было единично, в то время как гормональная терапия проводилась в 82% обращений к гинекологу.

При лабораторной диагностике у группы студенток, которые связывали нарушения менструального цикла с влиянием стрессовых факторов, стрессогенный механизм расстройства был подтвержден полученными результатами: уровень кортизола превышал норму у 64% - на ≤ 60 нмоль/л, а у 16% - на ≥ 60 нмоль/л. Причем соотношение студенток 2го и 3го курсов с повышенным кортизолом составило 1:2. Функция яичников у данной группы студенток характеризовалась снижением уровня эстрадиола и прогестерона у 24%. Также отмечается повышение содержания тормозящего менструальную функцию пролактина, продуцирующегося гипофизом при снижении влияния гипоталамуса: концентрация пролактина в 16% случаев оказалась повышенной, в 60% - нормальной, в 24% - пониженной. Такие разные уровни пролактина могут быть объяснены последовательными этапами стрессового состояния. Ведь как известно, эстрадиол и пролактин в стресс-реакции являются ответным компенсаторным звеном организма на начальных этапах и имеют прямую зависимость от концентрации кортизола. На ранних этапах стрессового состояния пролактин нивелирует катаболический эффект глюкокортикоидов, а эстрадиол тормозит чрезмерный выброс кортизола. Однако, по мере увеличения концентрации кортизола происходит подавление секреции пролактина и эстрадиола.

Подобная лабораторная "картина" стресс-реакции эндокринной системы в результатах гормонального обследования второй группы студенток, которые не связывали стресс с нарушениями менструального цикла была выявлена у 28% обследуемых, также у 36% отмечались случаи гиперэстрогении. У остальных 36% изменений не наблюдалось, что дает основания полагать другие причины возникновения расстройств.

Выводы. Из вышеизложенного следует, что стрессогенные нарушения менструального цикла имеют место быть у женщин, которые в ходе сбора анамнеза не исключают в своей повседневной жизни стрессовые факторы. Стресс, запуская компенсаторно-адаптационные механизмы, является идеальным пусковым фактором для подобной рассогласованности гормональной секреции. Поэтому, в современных условиях в практике гинеколога возникает необходимость учета уровня стресса у пациенток в ходе диагностики, а также назначение лечения, основанного на коррекции нарушений в психоэмоциональной сфере.

Список литературы

1. Краюшкин, С.С. Особенности неспецифических адаптационных реакций у здоровых женщин / С.С. Краюшкин, Д.В. Брюнин // Технологии живых систем. – 2012. – Т. 9, № 4, –С. 13–16.
2. Карева Е.Н., Олейникова О.М., Панов В.О., Шимановский Н.Л., Скворцова В.И. Эстрогены и головной мозг. Вест-ник РАМН. 2012; 2: 48-52.
3. Лосева Н.В., Ярославцева И.В. Эмоциональные переживания в структуре личности женщин с нарушением репродуктивной функции // Психология и психотехника. – 2014. – № 4. – С. 413–420.
4. Психологические тесты [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.no-stress.ru/testy/stress.html>
5. Хадарцев А.А., Морозов В.Н., Карасева Ю.В., Хадарцева К.А., Гордеева А.Ю. Психонейроиммунологические программы адаптации, как модели дизадаптации у женщин с

нарушенным репродуктивным циклом // *Фундаментальные исследования*. 2012. № 5 (часть 2). С. 359–365.

6.Хадарцева К.А., Гранатович Н.Н. Механизмы адаптации и фертильность женщин. Саногенетические механизмы. Тула: Изд-во ТулГУ, 2016. – 90 с.

7.Chen M.D., O'Byrne K.T., Chiappini S.E., Hotchkiss J., Knobil E. Hypoglycemic «stress» and gonadotropin-releasing hormone pulse generator activity in the rhesus monkey: role of the ovary // *Neuroendocrinology*, 1992; 56: 666-73.

8.Gallucci W.T., Baum A., Laue L., Rabin D.S., Chrousos G.P., Gold P.W. et al.: Sex differences in sensitivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis // *Health Psychol*, 1993; 12: 420-428.

9.Kalil B., Leite C.M., Carvalho-Lima M., Anselmo-Franci J.A. Role of sex steroids in progesterone and corticosterone response to acute restraint stress in rats: sex differences. *Int. J. Biol. Stress*. 2013; 16 (4): 452-460.

10.Khan M.M., Dhandapani K.M., Zhang Q.G., Brann D.W. Estrogen regulation of spine density and excitatory synapses in rat prefrontal and somatosensory cerebral cortex. *Steroids*. 2013; 78 (6): 614-623.

СЕКЦИЯ №2.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)

СЕКЦИЯ №3.

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)**

СЕКЦИЯ №4.

БОЛЕЗНИ УША, 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)

СЕКЦИЯ №7.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)

СЕКЦИЯ №8.

ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)

СЕКЦИЯ №9.

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)

СЕКЦИЯ №10.

ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)

СЕКЦИЯ №11.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)

СЕКЦИЯ №12.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)

СЕКЦИЯ №13.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ЗА 2017-2018 ГОДА

Шпидонова Р., Капустянская А., Трубачев Р.

Амурская государственная медицинская академия г. Благовещенск

Острые респираторные вирусные инфекции – группа болезней, вызываемых различными вирусами, передающимися воздушно-капельным путем и характеризующимися лихорадкой, интоксикацией, поражением различных отделов дыхательных путей и высокой контагиозностью. Даже в неэпидемические годы регистрируемая заболеваемость ОРВИ во много раз превышает заболеваемость всеми основными инфекционными болезнями. Разгар заболевания характеризуется его сезонностью. Целью нашего исследования явилось выявление симптомов, характерных для данного заболевания, какие меры профилактики проводились в отношении заболевания, а также рассмотрение вопросов вакцинации.

Ежегодно в Амурской области регистрируется резкий подъем заболеваемости острыми респираторно-вирусными инфекциями. Сезонное распространение заболеваемости связано с циркуляцией среди населения вирусов не гриппозной этиологии (РС вирусы, аденовирусы, парагрипп). Из числа заболевших ОРВИ, 80,4% пришлось на детей до 17 лет в организованных детских коллективах.

За 2017 год обратились за специализированной медицинской помощью в АОИБ г. Благовещенска с симптомами ОРВИ 972 человека. В ходе специфических диагностических мероприятий было выявлено: 6 взрослых и 77 детей с коронавирусной инфекцией, 31 взрослый и 279 детей с респираторно-синцитиальной инфекцией, грипп выявлен у 10 взрослых и 43 детей, риновирусная инфекция -17 взрослых и 259 детей, аденовирусная инфекция – 23 взрослых и 227 детей. В начале 2018 года за медицинской помощью в АОИБ г. Благовещенска обратилось 124 человека. Из них 11 взрослых и 77 детей с аденовирусной инфекцией, 2 детей с коронавирусом, 6 ребенка с респираторно-синцитиальной инфекцией, 24 детей с риновирусной инфекцией. Для каждого заболевания характерна своя клиническая картина, но также везде имеются симптомы общей интоксикации, астено-вегетативный синдром. Грипп - острое начало с развитием симптомов интоксикации в 1-е сутки, высокая лихорадка с ознобом; общая продолжительность лихорадочного периода 4-5 дней; головная боль с типичной локализацией в области лба, надбровных дуг, глазных яблок; слабость, адинамия; ноющие боли в костях, мышцах, вялость, «разбитость»; гиперестезия. Аденовирусная инфекция: - начало болезни острое; насморк и заложенность носа, затем присоединяются обильные слизистые выделения из носа; могут быть чувство першения или боли в горле, сухой кашель; явления конъюнктивита, боли в глазах, слезотечение. Респираторно-синцитиальная инфекция: - постепенное начало; - субфебрильная температура; - упорный кашель, сначала сухой, затем продуктивный, часто приступообразный; - характерна одышка. Риновирусная инфекция: - умеренная интоксикация, начало острое; чихание, выделения из носа, затрудненное дыхание, чувство саднения в горле, покашливание; недомогание, снижение аппетита, чувство тяжести в голове (явления ринита или ринофарингита). ТОРС - острое начало с ознобом, головной болью, болью в мышцах, общей слабостью, головокружением, повышением температуры тела, выделения из носа; боли в горле, гиперемия слизистой оболочки неба и задней стенки глотки, кашель; возможны тошнота, одно-двукратная рвота, боли в животе, жидкий стул; через 3-7 дней возможно повторное повышение температуры тела и появление упорного непродуктивного кашля, одышки, затрудненного дыхания. Отличия в тропности возбудителя к отделам дыхательного тракта: вирус гриппа- трахеит, ринофарингит, бронхит; респираторно-синцитиальный вирус - бронхит, бронхолит, аденовирусы –фарингит, тонзиллит, ринит, конъюнктивит; риновирусы -ринит, ринофарингит; коронавирус

человека -ринофарингит, бронхит. Стационарное лечение больных острыми вирусными респираторными инфекциями включало в себя традиционные методы противовирусной, патогенетической, симптоматической терапии. При осложнениях гриппа и других ОРВИ терапевтическая помощь расширялась глюкокортикоидами, антибактериальными средствами, ингаляционным лечением.

Перед предстоящим сезонным подъемом заболеваемости была организована прививочная кампания против гриппа. И впервые охват прививками составил 46,2%, если учитывать что в прошлом году он составил 45,4%. Всего привито 372182 человека, в том числе 93260 лиц старше 60 лет, 22276 педагогов, 17542 медицинских работников, 14826 студентов, 80418 школьников, 34384 ребенка, посещавшего детский сад, 16409 детей до 3-х лет, 2280 призывников, 1056 беременных женщин, 28769 лиц с хроническими заболеваниями и 59127 лиц из других групп риска. За счёт собственных средств работодателя в этом году привили 1835 своих работников. Значительное увеличение охвата населения вакцинацией против гриппа достигнуто в г. Благовещенске (52,0%), Тамбовском районе (52,9%), Шимановском районе (51,7%), Благовещенском, Октябрьском и Ромненском районах (47,7%), г. Шимановске (47,0%), Свободненском районе (46,0%). Можно сделать вывод: что успешное проведение прививочной кампании, безусловно, достигнуто благодаря ранней и активной реализации мероприятий по увеличению приверженности населения к вакцинации против гриппа с широким освещением в средствах массовой информации.

Список литературы

1. Материалы Роспотребнадзора по Амурской области.
2. Архив АОИБ (Амурская Областная Инфекционная Больница).
3. Грипп у взрослых: методические рекомендации по диагностике, лечению, специфической и неспецифической профилактике - / под редакцией академика, профессора А.Г. Чучалина 2014г – с 35-72.

СЕКЦИЯ №14.

КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)

СЕКЦИЯ №15.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)

СЕКЦИЯ №16.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Черанева А.А., Прокашева Е.С., Канева П.Л., Снхчян А.С.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии

Актуальность: Функциональная диспепсия принадлежит к числу наиболее часто встречающихся гастроэнтерологических жалоб. Частота синдрома диспепсии у взрослого населения в странах мира варьирует от 7% до 41% и составляет в среднем около 25% [1]. Современные научные представления рассматривают функциональную диспепсию как полиэтиологичное расстройство. Одним из факторов агрессии является прием большого числа лекарственных средств у полиморбидных пациентов. Проблема полиморбидности и связанной с ней полипрагмазии отражает значительное число исследований и направленность фокуса внимания научной деятельности. При этом отмечено, что наиболее распространенными формами полиморбидности, особенно среди лиц старших возрастных групп, являются

следующие заболевания в том или ином сочетании: артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), ожирение, сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа). В этой связи важно подчеркнуть необходимость назначения базисной терапии ИБС: бета-блокаторов, ингибиторов АПФ (иАПФ), сартанов, диуретиков, статинов и дезагрегантов, как эффективного и доступного средства для профилактики тромбоэмболии у больных кардиологического профиля, в особенности перенесших инфаркт миокарда. Вместе с тем дезагреганты, обладающие широкой палитрой фармакотерапевтической эффективности, могут индуцировать развитие серьезных клинических проблем. Особую актуальность приобретает специфическое негативное действие ацетилсалициловой кислоты и препаратов на ее основе на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны, обусловленное ингибированием простагландинов [2]. Другие же компоненты базисной терапии и полипрагмазия данных препаратов еще недостаточно изучены в отношении патологического влияния на желудочно-кишечный тракт и развитие эзофаго- и гастропатий.

Цель исследования: 1) оценить распространенность функциональной диспепсии у больных хроническими формами ИБС; 2) оценить влияние полипрагмазии на распространенность функциональной диспепсии у рассматриваемого контингента больных.

Задачи исследования: 1) оценить распространенность функциональной диспепсии у больных хроническими формами ИБС; 2) изучить группы препаратов, применяемых в стандартной терапии ИБС; 3) оценить влияние полипрагмазии на распространенность функциональной диспепсии.

Материалы и методы: Нами проведено двухэтапное ретроспективное исследование. В ходе первого этапа исследовано 1059 историй болезни больных хроническими формами ИБС, находившихся на плановом стационарном лечении в отделении кардиологии КОГБУЗ «Кировская ОКБ» в период с 2016 по 2017 год. На втором этапе была проведена оценка распространенности функциональной диспепсии у больных хроническими формами ИБС. Фактический материал обработан методом вариационной статистики. Сравнение качественных переменных проводили с использованием критерия χ^2 . За статистически значимый принимался уровень достоверности при $p < 0,05$. Статистическая обработка выполнялась с помощью статистических программ Primer of biostatistics 4,03 и SPSS 11.0.

Результаты первого этапа. Установлено, что в качестве стандартной терапии ИБС у больных хроническими формами ИБС ($n=1059$) использовались: бета-блокаторы – у 829 (78,2%) больных, статины – у 925 (87,3%), ингибиторы АПФ – у 678 (64%), дезагреганты – у 955 (90,2%), блокаторы кальциевых каналов – у 515 (48,6%), диуретики – у 447 (42,2%), сартаны – у 410 (38,7%) больных. Также нами изучено назначение в качестве профилактики поражения гастродуоденальной зоны ингибиторов протонной помпы (ИПП): число больных, их получавших, составило 234 (22,1%). Группа больных, принимающих более пяти препаратов одновременно, составила 606 (57,2%) пациентов, среди них всего 195 (32,2%) больных получали ИПП.

Результаты второго этапа. Всех обследованных (1059) пациентов разделили на две группы в зависимости от наличия в анамнезе гастродуоденальной патологии. В первую группу вошли 603 (56,9%) больных хроническими формами ИБС с сопутствующей гастродуоденальной патологией. Варианты выявленной гастродуоденальной патологии оказались представлены следующими нозологиями: хронический гастрит, в т.ч. эрозивный гастрит, – 376 (62,4%) больных, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 89 (14,8%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – 52 (8,6%), хронический гастродуоденит – 5 (0,8%) больных. Вторую группу составили 456 (43,1%) больных, не имеющих в анамнезе гастродуоденальной патологии. При этом, 154 пациента (34,2%) имели симптомы желудочной диспепсии. Причем, наиболее распространенными симптомами желудочной диспепсии явились: 1) изжога – у 73 (47,4%) больных; 2) дискомфорт (и/или тяжесть) в области эпигастрия – у 38 (24,8%); 3) отрыжка – у 27 (17,6%); 4) боль в области эпигастрия – лишь у 16 (10,4%) больных. Таким образом, на основании имеющихся жалоб и эндоскопически подтвержденного отсутствия органических изменений гастродуоденальной зоны, клинический диагноз функциональной диспепсии нами был установлен у 154 больных. В итоге, количество больных первой группы составило 757 (71,5%). Причем, среди больных, имеющих функциональную диспепсию, 107 (69,7%) пациентов принимали более пяти препаратов одновременно, что указывает на влияние полипрагмазии на развитие клинической функциональной диспепсии.

Выводы: У больных хроническими формами ИБС, не имеющих в анамнезе морфологически подтвержденной гастродуоденальной патологии, распространенность функциональной диспепсии составляет 34,2 %. При этом, 69,7% больных, имеющих клиническую функциональную диспепсию, принимают более пяти лекарственных препаратов, входящих в терапию основного заболевания.

Список литературы

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Картавенко И.М. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // РЖГГК. - 2012. - Т. 22. - № 3. - С. 80-92.
2. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н. и др. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике» // Современная ревматология. 2015. - №1. - С. 4–23

СЕКЦИЯ №17.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)

СЕКЦИЯ №18.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)

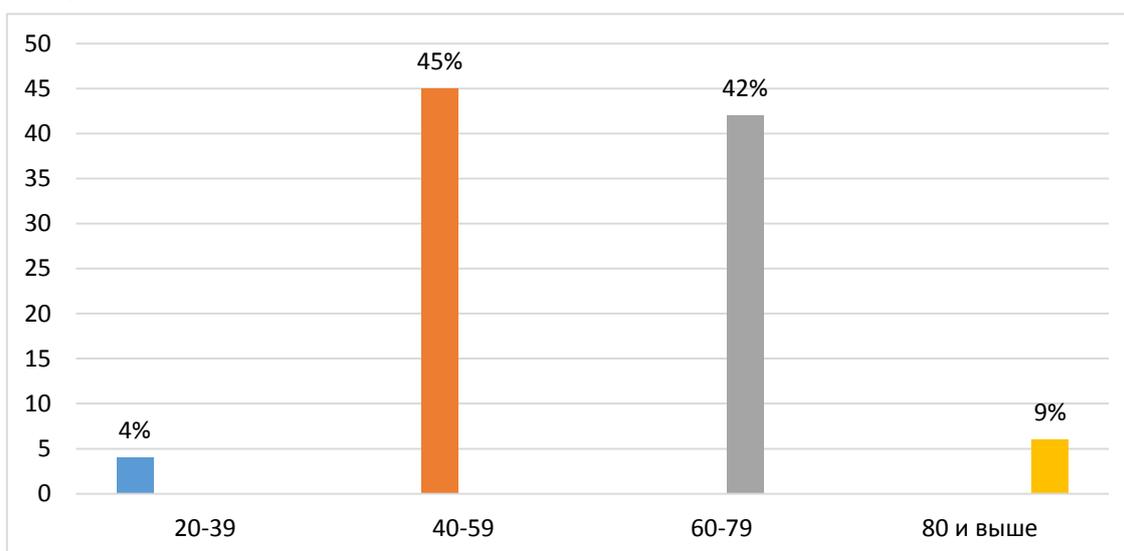
«КОРОНАРНАЯ АНГИОГРАФИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ» НА БАЗЕ РЦЭМП РБ№2

Колмогоров В.В.

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»,
г. Якутск

Основу работы составили результаты ретроспективного анализа историй болезней 100 пациентов, с проведенной коронарографией диагнозом ОКС в условиях ОРХМДиЛ РЦЭМП РБ№2 за 4 квартал 2016 года.

ОКС диагностировался у 45% в возрасте от 40 до 59 лет, преобладает мужской пол 62%, то есть наиболее трудоспособная часть населения.



(Таблица №1 по возрасту)

По результатам ЭКГ острый коронарный синдром без подъема сегмента ST выявился у 58% пациентов и с подъемом сегмента ST 42%.

По клинику у всех обследованных больных было боли в области сердца, сопровождался с общей слабостью у 68%, одышкой, чувством нехватки воздуха, шум в ушах у 32%, боли в области сердца с иррадиацией на конечность, лопатку, нижнюю челюсть у 34%.

Клиника	Количество (%)
<i>Боли в области сердца</i>	<i>100</i>
<i>Боли в области сердца с иррадиацией (конечность, лопатка, нижняя челюсть)</i>	<i>34</i>
<i>Одышка, чувство нехватки воздуха</i>	<i>32</i>
<i>Общая слабость</i>	<i>68</i>
<i>Рвота, тошнота</i>	<i>4</i>
<i>Головные боли, головокружение, шум в ушах</i>	<i>32</i>
<i>Сонливость, потливость</i>	<i>10</i>
<i>Онемение, тремор конечности</i>	<i>4</i>
<i>Без сознания</i>	<i>2</i>

(Таблица №2 по клинике)

По результатам определения кардиомаркеров: Тропонин I при обследовании у 82 пациентов, повышенный уровень определился у 37%, креатинкиназа-МВ из 48 исследований повышенным оказался у 17%, высокочувствительный тропонин из 18 исследований повышенным оказался у 34%.

Кардиомаркеры	Референсные значения, нг/мл	Повышенный, абс.(%)	Отрицательный, абс.(%)	Количество исследований, абс.
<i>Тропонин I</i>	<i><0,262 нг/мл</i>	<i>30 (37%)</i>	<i>52 (63%)</i>	<i>82</i>
<i>Креатинкиназа-МВ (СК-МВ)</i>	<i><5 нг\мл</i>	<i>18 (17%)</i>	<i>40 (83%)</i>	<i>48</i>
<i>Уровень высокочувствительной тропонина (ВЧТ)</i>	<i><0,02нг\мл</i>	<i>6 (34%)</i>	<i>12 (66%)</i>	<i>18</i>

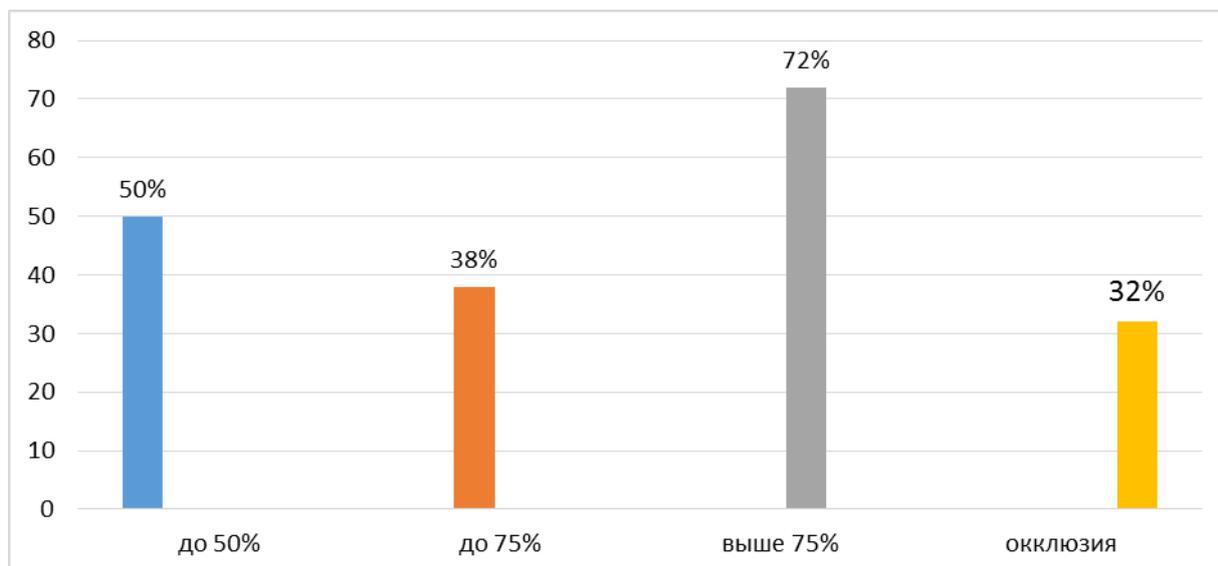
(Таблица №3 по результатам анализа крови)

Всем пациентам с ОКС проводили коронарографию для определения локализации, степени поражения коронарного сосуда и тактики дальнейшей лечения.

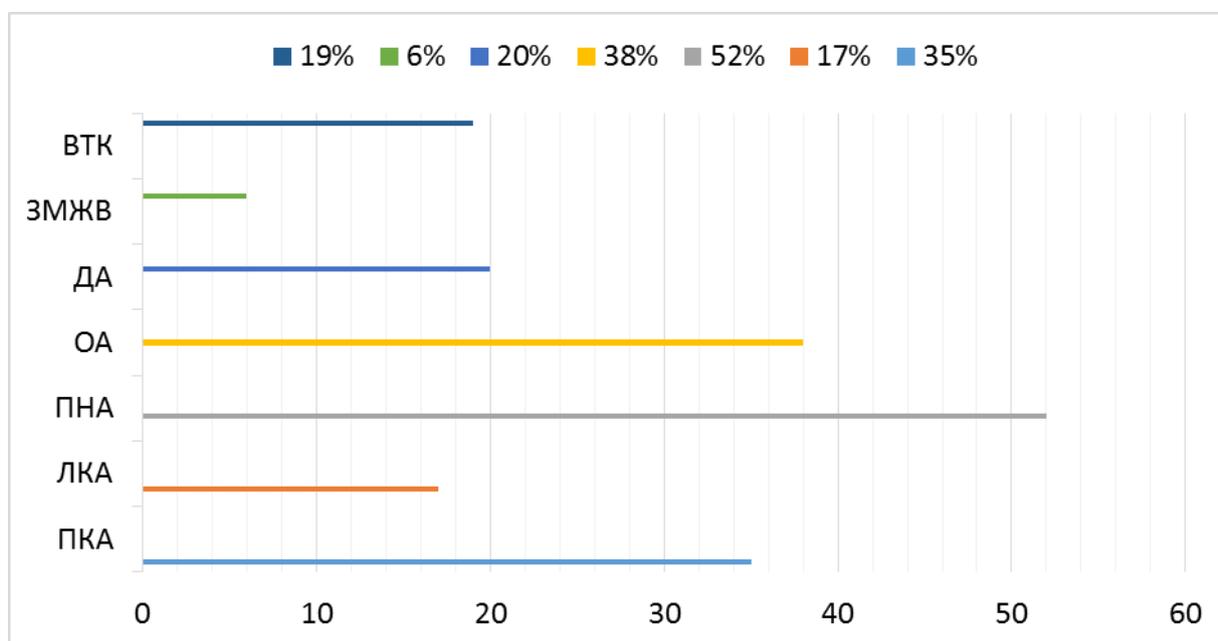
КАГ проводились в рентген-операционной ОРХМДиЛ РЦЭМП РБ№2, на ангиографической цифровой установке с системой гемодинамического мониторинга.

В экстренном порядке проводилось 82% коронарографии. (ЧКВ чаще встречался доступ по Сельдингеру (феморальный) 66%).

По степени обструкции просвета сосудов, чаще встречалась субокклюзия у 72%. По типу поражения многосудистые у 55%, односудистые 45%. Больше поражалась передняя нисходящая ветвь левой коронарной артерии 52%. Огибающая артерия 38%



(Таблица №4 по степени обструкции)



(Таблица №5 по локализациям обструкции)

Из 100 выполненных коронарных ангиографии были стентированы 57%.

Таким образом, всем больным с острым коронарным синдромом, в кратчайшие сроки необходимо проводить коронарографию для оценки сосудистого русла (степень обструкции просвета сосуда, локализацию и протяженность поражения) и определения тактики лечения.

Список литературы

1. Акчурин Р.С, проф. Васюк Ю.А., проф. Карпов Ю.А., проф. Лупанов В.П., проф. Марцевич С.Ю., проф. Поздняков Ю.М., проф. Савченко А.П., проф. Якушин С.С, Уринский А.М. \Диагностика и лечение стабильной стенокардии\ Российские рекомендации (второй пересмотр) Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов Секция хронической ишемической болезни сердца Москва 2008 Выпуск № 13 (119)
2. Глезер М. Г. Стабильная стенокардия: пособие /; ГОУ ВПО I МГМУ им. И. М. Сеченова. - Москва : Медиком, 2010. - 120 с. : ил. - Библиогр.: с. 119-120.

- 3.Петров Ю.П., Стельмашок В.И., Полонецкий О.Л., Бейманов А.Э., Черноглаз П.Ф., Максимчик А.В., Петров Д.Ю. Показания к проведению коронарной ангиопластики // (инструкция по применению), Минск, 2009, с. 30-32.
- 4.Оганов Р.Г. Мамедов М.Н. Национальные клинические рекомендации // Москва, «МЕДИ Экспо», 2009, с. 20-24.
- 5.Руксин В. В. Неотложная кардиология: руководство\ Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512 с. : ил. - Указ. лек. средств: с. 509-51.
- 6.Терновой С. К., Коков Л. С. Лучевая диагностика болезней сердца и сосудов: нац. рук. / гл. ред.; АСМОК. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 688 с.

СЕКЦИЯ №19.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВИНЦА В ЛИСТЬЯХ ЭКСТРАКЦИОННО-СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Мальшева А.А., Горбачева А.С., Бордина Г.Е., Лопина Н.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тверской государственной медицинской академии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы: по данным статистики, в среднем на 1000 человек в России приходится 290 автомобилей, и с каждым годом это число растет в геометрической прогрессии. Выхлопные газы автомобилей являются наиболее значимым источником загрязнения воздуха свинцом, оказывающим вредное воздействие на здоровье человека, вызывая нарушения деятельности нервной системы, печени, почек, снижение репродуктивной функции. Именно поэтому необходимо контролировать концентрацию свинца в атмосфере.

Цель исследования: определить зависимость содержания свинца в исследуемых образцах от географического местоположения объектов изучения (близости или отдаленности от автострад, численность населения и число автотранспорта в населенном пункте).

Материалы и методы. Для проведенного исследования, в целом, было собрано 8 образцов листьев разных деревьев (Дуб, Липа, Клен, Береза), 4 экземпляра из которых были взяты из поселка Спирово, расположенном в Тверской области и 4 из города Тверь. Для определения зависимости содержания свинца образцы листьев были собраны как вблизи, так и вдали от автодороги (Табл.1).

№ пробы	Место сбора
1	г. Тверь, тротуар около дороги обычного типа
2	п. Спирово, вдали от автомагистралей, скоростных дорог, шоссе и пр.
3	г. Тверь, обочина скоростной дороги
4	п. Спирово, вдали от автомагистралей, скоростных дорог, шоссе и пр.
5	п. Спирово, садовый участок
6	п. Спирово, дорога обычного типа
7	г. Тверь, тротуар около дороги обычного типа
8	г. Тверь, тротуар около дороги обычного типа

Табл.1. Объекты для отбора проб

В данной работе использовался экстракционно-спектрофотометрический метод, который основывается на сочетании экстракции определяемого вещества (в данном случае ионов свинца) и фотометрии. Непосредственно спектрофотометрический анализ базируется на последовательном сравнении световых потоков, пропускаемых через «эталонный раствор» - растворитель (CCl₄) и исследуемый раствор. Для определения оптической плотности применялся фотоэлектроколориметр. Использовались следующие растворы: 0,001 % раствор Pb(NO₃)₂, раствор дитизона (C₁₃H₁₂N₄S) в CCl₄ и дистиллированная вода. Оптическая плотность была измерена в диапазоне от 400-600 нм с шагом 20 нм. По полученным данным был построен калибровочный график (Рис.1).

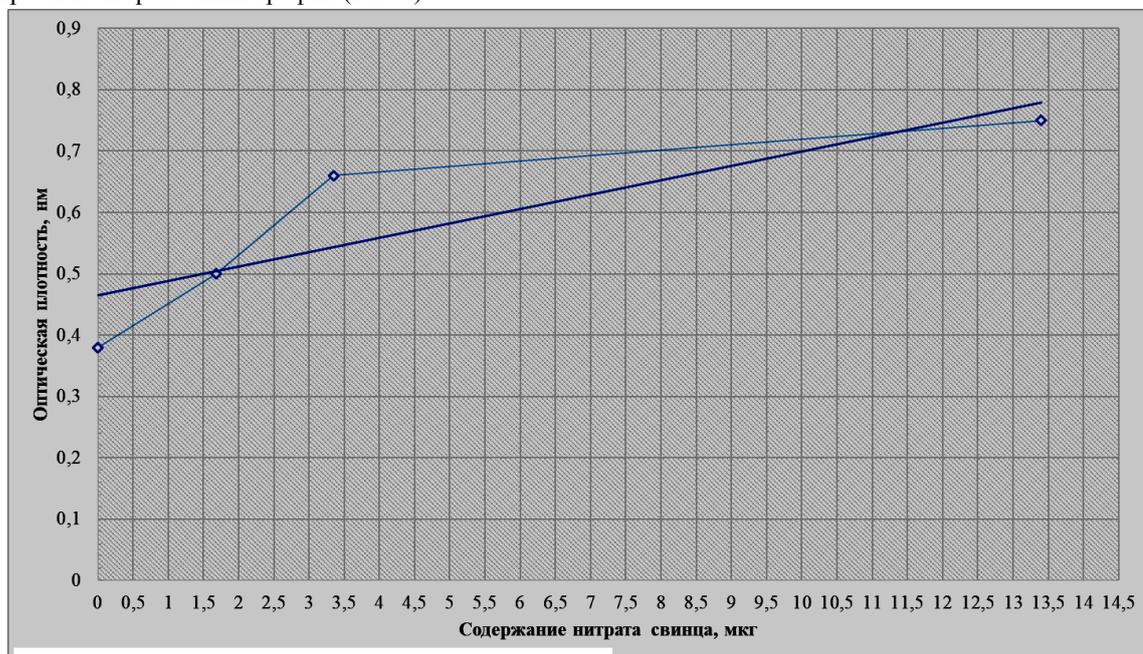


Рис.1. Калибровочный график

Данные по измерению оптической плотности исследуемых образцов, содержащих 0,01 грамм вытяжки от массы одной пробы представлены в табл. 2. Для более точного анализа эксперимент был проведен дважды. По данным градуировочного графика была определена концентрация соединения свинца в листьях (Табл.2). По калибровочному графику было установлено содержание свинца в пробах (Табл.3)

№ пробы	Оптическая плотность, нм		Среднее значение оптической плотности, нм
	1	2	
1	0,425	0,421	0,423
2	0,2	0,175	0,1875
3	0,47	0,48	0,475
4	0,22	0,223	0,2215
5	0,11	0,1	0,105
6	0,248	0,231	0,2395
7	0,44	0,375	0,4075
8	0,49	0,44	0,465

Табл.2. Оптическая плотность растворов исследуемых проб

№ пробы	Содержание соединений свинца в 0,01 г. растолченного листа, мкг
1	0,5
2	не выявлено
3	1,5
4	не выявлено
5	не выявлено
6	не выявлено
7	0,25
8	1,4

Табл.3. Масса соединений свинца в исследуемых образцах

Результаты и обсуждения. Анализ полученных данных показал, что свинец содержится в листьях, взятых в черте города Тверь, где по данным статистики на 2017 проживают 439 369 человек, в котором каждый третий житель является владельцем личного автотранспорта. В исследуемых листьях из поселка Спиrosso, в котором по данным статистики на 2017 год проживает 5866 человек, где насчитывается 750-800 автомобилей, свинец не был выявлен данным методом, были обнаружены только его остаточные следы.

Вывод. Результаты исследования позволяют утверждать, что содержание свинца в листьях в городе Тверь значительно выше, чем в поселке Спиrosso. Причем количество свинца больше у образцов, взятых вблизи автодороги.

Список литературы

1. Булатов М.И., Калинин И.П. Практическое руководство по фотоколориметрическим и спектрофотометрическим методам анализа. – Л.: Химия, 1986. 376 с.
2. Корбанова А. И., Сорокина Н. С., Молодкина Н. Н. и соавт. Свинец и его действие на организм. / Мед. труда и пром. экология. 2001, № 5, 29–34 с.
3. Кристиан Г. Аналитическая химия: в 2 т. Т.2 / Г Кристиан; пер. с англ. А.В. Гармаша и др. – М.: БИНОМ. Лаборатория занятий, 2012. - 417с.
4. Ливанов П. А., Соболев М. Б., Ревич Б. А. Свинцовая опасность и здоровье населения. / Рос. Сем. Врач. 1999, № 2, 18–26 с.
5. Сотникова М.В., Демьянова В.С., Дярькин Р.А., Канеева А.Ш. Анализ и прогнозирование выбросов загрязняющих веществ в атмосферу от автотранспортного комплекса // Экология и Промышленность России. 2008. №7. С. 29-31.

СЕКЦИЯ №20.

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

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Арзумян Р.А., Лыжина А.С.

ОАО «Ставропольская городская аптека»

Маркетинговые изучения – это функция, которая через данные объединяет маркетологов, а, следовательно, и производителя, с рынками, конкурентами и потребителями, и абсолютно всеми элементами внешней сферы маркетинга. Изучения рынка проводится с целью получения сведений о рыночных условиях. Главные итоги изучения рынка - выявления основных факторов и мониторинги его формирования, анализ конъюнктурных направленностей.

Результатом маркетинговых изучений могут быть два основных видов:

- Первичные сведения - это сведения, подобранная в первый раз для какой-либо цели;
- Вторичные сведения – это сведения, которая уже где-то существует, находясь собранной для иных целей. Подобные сведения зачастую дают возможность осуществить подготовительный период исследования.

I. Структура рынка лекарственных средств

На сегодняшний день наиболее заинтересованность представляет рынок лекарственных препаратов, применяемых при паразитарных заболеваниях, как одно из активно развивающихся разделов в мировой экономике. Также прослеживается увеличение рынка лекарственных препаратов за счет обновления перечня, увеличения свойств продуктов российских производителей и импорта. Поэтому объему данных о состоянии рынка лекарственных препаратов, собранный для различных целей, повышается, и данные регулярно обновляются.

Данные о динамике объема продаж на рынке были собраны из аптечных организациях города Ставрополя. В структуре рынка лекарственных препаратов можно отметить 3 главные составляющие: рецептурные, безрецептурные и отпускаемые за счет государственного обеспечения – ДЛО. В западных государствах главным предпринимательством сконцентрирован на продаже рецептурных препаратов. В Российской Федерации, в силу специальных финансовых обстоятельств, наиболее стремительными темпами формируется рынок препаратов, отпускаемых без рецепта врача. Его часть составляет приблизительно 50%.

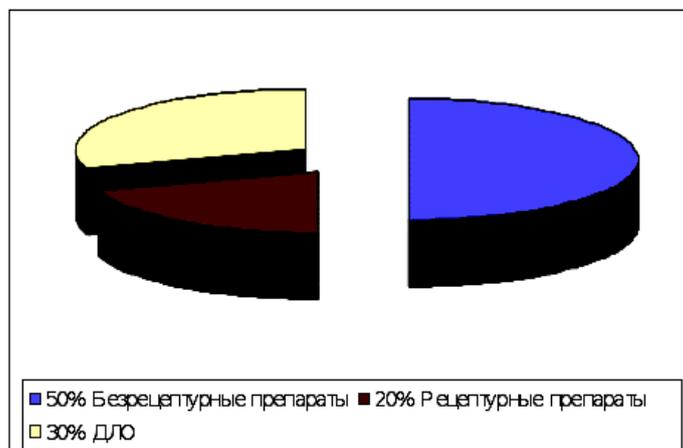


Рисунок 1 – Структура рынка ЛС, применяемых при паразитарных заболеваниях РФ

II. Развитие спроса на рынке лекарственных препаратов

Приступая к исследованию конъюнктуры рынка товара, необходимо в первую очередь установить динамичность определенных факторов. В этих целях применяется монографический способ, т.е. исследование публикуемых в статистических и периодических изданиях финансовых характеристик и отличительных черт данного этапа и мониторингов формирования.

При создании спроса на лекарственные средства, также, как и на другие товары, функционирует несколько рядов факторов:

1. Факторы, определяющие группы потребителей
 - Экономические;

- Социально-демографические;
 - Географические.
1. Такие свойства товара, как стоимость, качества товара и представленность на рынке.
 2. Обеспечение продвижения товаров (СМИ) и репутация компании- производителя.
 3. Культурные традиции и ценностные конструкции.
 4. Уровень потребностей покупателей.

Однако, говоря о ЛП, необходимо обладать особенностями развития спроса, надлежащие только лишь ему. Одной из таких отличительных черт, наиболее характеризующих спрос, считается – порядок отпуска ЛП в аптечных организациях. Они делятся на рецептурные и б/р лекарства. Спрос и на те, и на другие ЛП складывается на уровне потребителей препаратов. Говоря о рецептурных ЛП необходимо иметь в виду, что потребность в этих ЛС формируются врачами, выписывающими рецепты.

Иначе дело обстоит с б/р ЛП, когда характеризующим звеном в формировании как потребности в них, так и спроса представляет непосредственный потребитель медикаментов. Потребность на б/р ЛП формируется под воздействием СМИ, в аптечных и медицинских организациях.

Таким образом, наличием формирования спроса на рецептурные и б/р ЛП считаются главной особенностью рынка ЛС. В первоначальном случае основная роль в формировании спроса отводится врачом. А во втором случае непосредственным потребителям ЛС.

Заключение

В наше время для высококачественного удовлетворения потребительских требований и успешного применения доступных ресурсов следует осуществления анализов, проходящих в рынке. Результативность общепринятых управленческих заключений, в обстоятельствах нынешнего рынка, целиком зависит от объема коммерческих данных, которым обладает организация. Для формирования стратегии любого предприятия необходимы серьезные исследования рынков продукции, исследование абсолютно всех тенденций формирования и технико-финансовое подтверждение планируемых в компании изменений, тем не менее не может быть без проведения серьезных маркетинговых изучений.

Список литературы

1. Каменева Н.Г., Полякова В.А. Маркетинговые исследования: Учеб. пособие. – М.: Вузовский учебник, 2008. – 439 с.
2. Кирсанова Т.Г. Анализ состояния фармацевтического рынка России//Фарматека. – 1998. – № 1 – С.7 (С.6-15)
3. Морозова Людмила, Лекарства на вырост / Морозова Л. // "Российская Бизнес-газета" – 2004. – № 477 / /2004/09/21/lekarstva.html /

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Арзумян Р.А, Лыжина А.С.

ОАО «Ставропольская городская аптека»

Внедрение менеджмента качества и других инновационных технологий в деятельность аптечных организаций, социальная ответственность перед потребителями и обществом предъявляют новые требования к управлению человеческими ресурсами. В то же время традиционные подходы к управлению фармацевтическим персоналом становятся сегодня малоэффективными, что обусловлено динамичностью внешней среды особенно в условиях кризисной ситуации. Значительное влияние на формирование коллективов аптек и организацию совместной работы оказывают демографические и экономические тенденции, которые наблюдаются на рынке труда, в том числе специалистов с фармацевтическим образованием, в частности, замедление темпов роста персонала, увеличение среднего возраста сотрудников, рост востребованности компетентности и высокого профессионализма.

Инновационный менеджмент – совокупность принципов, методов и форм управления инновационными процессами, инновационной деятельностью, занятыми этой деятельностью организационными структурами и их персоналом. Для него, как и для любой другой области менеджмента, характерны:

- постановка цели и выбор стратегии
- четыре цикла.



1. Планирование: составление плана реализации стратегии.

2. Определение условий и организация: определение потребности в ресурсах для реализации различных фаз инновационного цикла, постановка задач перед сотрудниками, организация работы.

3. Исполнение: осуществление исследований и разработок, реализация плана.

4. Руководство: контроль и анализ, корректировка действий, накопление опыта. Оценка эффективности инновационных проектов; инновационных управленческих решений; применения новшеств.

Главной задачей менеджера является экономия его рабочего времени и точное использование собственных возможностей максимально. Правильная организация и рациональное оборудование рабочего места менеджера дают возможность выполнять все свои функции, плодотворно и удовлетворительно общаться с посетителями, сотрудниками, вести приём посетителей, поддерживать высшую работоспособность и рабочее настроение.

Анализ основных методов менеджмента в аптеке

Рассмотрим на примере Аптеку № 234, Центральная, Районная, ГУП – пгт. Солнечнодольска. Аптека действует на основе хозяйственного расчета и самофинансирования. На этих двух методах, было выявлено то, что они обеспечивают хозяйственную самостоятельность предприятия, и также оплата труда осуществляется за счет заработанных средств. Данные затраты возмещаются из услуг, работ, от выручки, реализации продукции и т.д. Метод менеджмента в Аптеке №234 обуславливает процесс управления этой организацией, его персоналом, а также финансами. Основная цель обеспечить населения эффективными лекарственными средствами (ЛС), и старается применять стимулирующие меры, заинтересовывающие работников в своевременном и надежном исполнении предписаний руководителя.

Анализ методов менеджмента - Аптеки № 234, Центральная, Районная, ГУП – пгт. Солнечнодольска

Аптека № 234 обязана отчитываться своему учредителю по всем вопросам использования и сохранности имущества. Данная аптека отчитывается администрации Изобильненского района по вопросу перечисления в соответствующий бюджет части полученной прибыли. Аптека № 234 осуществляет деятельность в целях оказания доступной лекарственной помощи населению в условиях государственного регулирования цен на ЛС, инструменты медицинского назначения (ИМН). Также она несет огромную ответственность за выполнение своих обязательств перед поставщиками, собственником имущества, физическими лицами, потребителями и т.д.

Виды фармацевтической деятельности данной аптеки:

- оказание ПМП
- реализацию населению ЛС, в том числе гомеопатических, по рецептам и б/р врача, учреждениям здравоохранения по требованиям и заявкам
- предоставление населению необходимой информации по надлежащему использованию и хранению лекарственных препаратов (ЛП) в домашних условиях
- закуп, хранение, контроль качества на разрешенных законом условиях ЛС, гомеопатических средств, медицинской техники профилактического назначения, предметы ухода за больными, инструменты медицинской техники (ИМТ) и расходных материалов к ней, предметов ухода за детьми, аптечек первой медицинской помощи (ПМП), лечебно-профилактического белья, чулочных изделий, бандажей и т.д
- оказание консультативной помощи в целях обеспечения ответственного самолечения

Рассмотрим основные показатели деятельности аптеки № 234, Центральная, Районная, ГУП в таблице (1) за последние годы 2010 – 2012

Таблица 1 "Основные показатели деятельности аптеки №234 пгт. Солнечнодольска

№	Показатели	Годы			Отклонения (разница в годах)		темпы роста % (разница в годах)	
		2010	2011	2012	2011 от 2010	2012 от 2011	2011 к 2010	2012 к 2011
1.	Численность работников управления (чел.)	4	4	4	-	-	100	100
2.	Эффективность управленческого труда (тыс.руб./чел.)	55	71	145	16	74	129	204
3.	Выручка от реализации (в тыс. руб.)	12161	16200	16500	4039	300	133	102
4.	Численность работающих (чел.)	50	51	52	1	1	102	102
5.	Себестоимость продукции (в тыс.руб.)	9000	14500	14820	5500	320	161	102
6.	Стоимость основных фондов (в тыс. руб.)	811	1024	1075	213	51	126	105
7.	Стоимость оборотных средств (в тыс.руб.)	3150	3290	3973	140	683	104	121
8.	Количество оборотов оборотных средств (об.)	7,3	8,5	7,3	1,2	-1,2	116	86
9.	Производительность труда (чел.)	237,3	325,5	339,1	88,2	13,6	137	104
10.	Фондоотдача (руб./руб.)	16,2	17,9	17,2	1,7	-0,7	110	96

По показаниям в таблице за 2010 – 2012 гг. следует, что Аптека №234 работает стабильно. Численность работников в данной организации остается постоянным. Эффективность управленческого труда составило с 55 до 145. Выручка от реализации продукции составило в 2012 году 16500 руб., что выше, чем за прошлые те годы. Численность работающих с каждым годом увеличивалось на 1 человека. Себестоимость продукции в 2012 г увеличилась на 14820 руб. по сравнению с 2010 г, и темп роста составил 102%. Стоимость основных фондов тоже возросла, если присмотреться в таблицу. И та же самая картина с остальными показателями, что возрастает с каждым годом.

Разработка предложений по совершенствованию методов менеджмента Аптеки № 234, Центральная, Районная, ГУП

- в аптеке должна повышаться материальная заинтересованность работников в деле самостоятельного поиска оптимальных решений и принятии на себя ответственности за их результаты
- руководитель аптеки должен уметь правильно интерпретировать ситуацию
- предприятие должно использовать новейшие информационные и управленческие технологии
- должен развиваться, повышаться и совершенствоваться профессионализм трудового коллектива и руководителя, управляющего этим коллективом
- руководитель аптеки, как главный управляющий, должен добиваться поставленных целей деятельности
- в аптеке должны внедряться методы по формированию благоприятного морально-психологического климата в коллективе, по развитию доброжелательных отношений между руководителем и подчиненными, оказанию им помощи
- для успешного руководства людьми директор должен знать, чего хотят и чего не хотят его подчиненные, каковы внешние и внутренние мотивы их поведения, как можно воздействовать на них и каких результатов от них ожидать

Заключение

Сам менеджмент в аптеке - это как процесс, отражающий свои функции: анализ работы, учет, планирование, контроль и прогнозирование. Как раз же они являются главным условием этого процесса. По методам менеджмента в принципах управления в аптечной организации бывают: социально-психологические, административные, экономические, также воспитательные, от которых и будет зависеть успешная работа руководителя. Если рассмотреть всю написанную теорию и практику, то можно прийти к выводу, что руководитель это и есть главный менеджер, т е лицо по выработке управленческих решений. И по этим принципам держится руководитель и персоналы Аптеки№234. И полученные результаты, которые записаны в таблице (1) свидетельствуют, что в целом уровень организации менеджмента аптеки достаточно высок, что также, говорит о хорошем состоянии системы трудовой мотивации. И как говорится в каждой аптечной организации главным достоянием являются люди.

Список литературы

1. Менеджмент организации / Под ред. З. П. Румянцевой.- М.: Мир, 2000.-с.422
2. Финансовый менеджмент: теория и практика. / Под ред.Е.С. Стояновой.- М.: Перспектива,2001. - с.456.
3. Лозовая Г.Ф., Лопатин П.В., Глембоцкая Г.Т. Менеджмент фармацевтической организации. М.: МЦФЭР. - 191 с.

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)

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ

Глумова А.Е.

Волгоградский государственный университет, г. Волгоград

Говоря о проблемах и перспективах развития системы здравоохранения в Волгоградской области стоит обратиться к важнейшему правовому акту, который регулирует обязательное медицинское

страхование в Российской Федерации – таким актом является Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Вышеназванный Федеральный закон устанавливает основы медицинского страхования населения в России, а также определяет средства обязательного медицинского страхования в качестве одного из главных источников финансирования медицинских учреждений и закладывает основы системы страховой модели финансирования здравоохранения в стране, чем и представляет особый интерес в контексте данного исследования.

Так, и в Волгоградской области, и в России в целом медицинское страхование осуществляется в России в двух формах – обязательной и добровольной. Касательно обязательного медицинского страхования все ясно – программы включают в себя «гарантируемый» объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам. Куда больший интерес в рамках настоящей работы представляет добровольное медицинское страхование, обеспечивающее гражданам возможность приобретать дополнительные медицинские услуги сверх установленных программами обязательного медицинского страхования, при этом добровольная форма страхования может быть как коллективной, так и индивидуальной. Говоря о Волгоградской области – для нее характерно наиболее частое коллективное добровольное медицинское страхование, которое осуществляют субъекты предпринимательства своим работникам.

И здесь можно перейти к одной из проблем системы здравоохранения в регионе. Так, в Волгоградской области субъекты предпринимательства, оказывающие медицинские услуги, могут получать средства из территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Подобная возможность полностью зависит от решения региональных представительных органов власти – на уровне федерального законодательства установлена лишь диспозитивная норма о том, что субъекты России вправе сами решать – разрешать коммерческим организациям претендовать на получение средств из фондов обязательного медицинского страхования или нет. К данному решению органов государственной власти Волгоградской области относятся неоднозначно – с одной стороны это расширяет перечень оказываемой медицинской помощи населению и служит одним из инструментов поддержки субъектов малого и среднего предпринимательства, но с другой – ограничивает в возможности получения финансирования государственные учреждения здравоохранения.

В качестве участников медицинского страхования на территории Волгоградской области выступают застрахованные, страхователи, страховые медицинские организации, медицинские учреждения, а также федеральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования.

Так, застрахованными на территории Волгоградского региона выступают все граждане Российской Федерации, проживающие на территории Волгоградской области как потребители медицинских услуг. И здесь можно выделить вторую проблему в сфере здравоохранения региона, которая, к тому же, характерна и для федерации в целом. Данной проблемой является недострахованность граждан Российской Федерации.

Так, по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования в России по состоянию на 1 апреля 2018 года застраховано 146351901 человек. В Волгоградской же области застраховано 2399405 человек.

Если также посмотреть на количество застрахованных по федеральным округам, можно заключить, что количество застрахованных примерно равняется числу проживающих на территориях соответствующих регионах граждан.

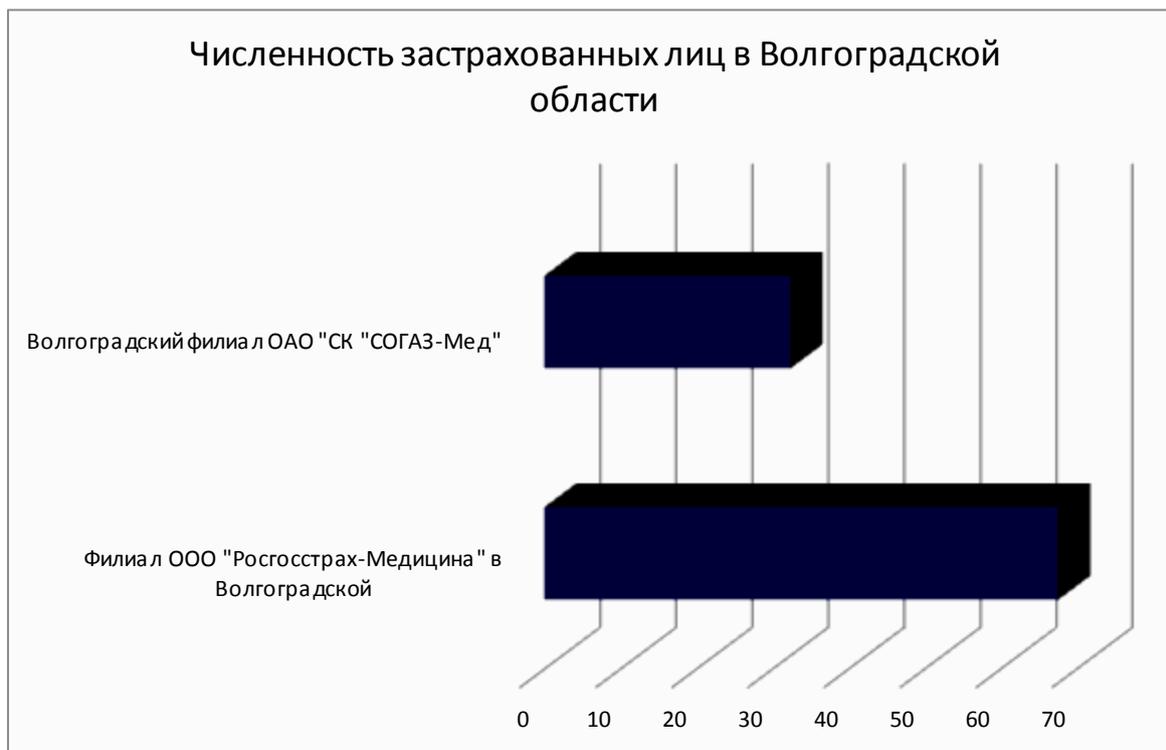


Страхователями же при обязательном медицинском страховании являются: органы государственной власти для неработающего населения и работодатели, в лице предприятий, учреждений и организаций, для работающего населения.

И здесь можно перейти к еще одной проблеме, характерной для системы здравоохранения Волгоградской области. Так, на территории Волгоградской области количество страхующих медицинских организаций невелико – их всего две. Первой является филиал общества с ограниченной ответственностью «Росгосстрах-Медицина» в волгоградской области, второй – Волгоградский филиал открытого акционерного общества «СК «СОГАЗ-Мед»».

Подобное положение на рынке страхующих организаций недопустимо, и, по мнению автора, ведет к своеобразному установлению монополии в данном сегменте.

Так, если посмотреть по численности застрахованных лиц в процентах, то в Волгоградской области:



Таким образом, можно сделать вывод, что в системе здравоохранения Волгоградской области существует целый комплекс проблем, связанных, прежде всего, с организацией здравоохранения в регионе, а именно – с территориальными фондами обязательного медицинского страхования. Решение данной проблемы должно быть комплексным и учитывать специфику Волгоградской области и регионального законодательства в сфере здравоохранения.

Список литературы

1. Аналитическая оценка потенциала малого бизнеса Ставропольского края и перспективы его развития / А. А. Рядчин // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. - 2017. - № 5. - С. 136-143.
2. Закон Волгоградской области от 25 декабря 2017 г. N 139-ОД "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов" // СПС КонсультантПлюс
3. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017) // СПС КонсультантПлюс
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // СПС КонсультантПлюс

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК ВАЖНЫЙ АСПЕКТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Таирова Р.Т.

«НИИ ЦВПиИ» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; Центр высшего и дополнительного профессионального образования ФГБНУ "НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко"

Актуальность исследования

Удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи (КОМП) является важнейшим индикатором качества оказываемых медицинских услуг населению, который можно оценить посредством проведения специально организованных социологических опросов.

Повседневной задачей в деятельности любого руководителя здравоохранения должно стать проведение социологических опросов пациентов, как непосредственных потребителей медицинских услуг, так и медицинского персонала, оказывающего данные услуги населению. На всех уровнях ведомственного контроля, согласно классификации Линденбрата Л.А. [1], включающей контроль лечащего врача, заведующего структурными подразделениями, заместителя главного врача, врачебными комиссиями медицинского учреждения. Нельзя не отметить за последнее десятилетие рост числа обращений пациентов в страховую медицинскую организацию, при этом почти половина (43,8%) обращений была признана обоснованной [2].

Материалы и методы

Материалом исследования послужили результаты проведенного социологического опроса врачей и пациентов в государственном и частном медицинском учреждении, многопрофильном стационаре в г. Москва. Оценивались качество оформляемой медицинской документации, удовлетворенность пациентов полученным выписным эпикризом, качество оформления документов на экспертизу врачебной комиссии, частота обнаружения различного рода дефектов и нарушений в оформлении медицинской документации. Методами исследования явились анализ и синтез, метод формализации, системный анализ.

Результаты

Анкетирование заведующих профильных отделений (государственного многопрофильного стационара) позволило выявить наличие таких дефектов КОМП, как: недостаточно информативно собранный анамнез жизни и развития заболевания, сопутствующей патологии в анамнезе пациента;

неполное отображение в выписном эпикризе проводимого лечения, включая отсутствие указания на проводимое хирургическое лечение; дефекты формулировки диагноза; несовпадение диагноза с кодом по МКБ -10 и иные дефекты ведения медицинской документации.

Оценка частоты копирования медицинской документации в ежедневном осмотре врача отделения, показала, что единичные случаи копирования дневников осмотра, без внесения коррекции в параметры артериального давления, пульса, частоты дыхания, жалоб пациента составили 41,8% случаев, в 1,8 % подобного рода «слепое» копирование встречается редко, в 56,4% случаев – никогда, согласно проведенному социологическому опросу. Согласно проведенному социологическому опросу врачей, ведение медицинской документации расценено как удовлетворительное в 85,4% случаев.

Оценка КОМП в многопрофильном стационаре частного медицинского центра показала схожий ряд выявленных дефектов КОМП, однако процент выявляемых дефектов оформления медицинской документации оказался чрезвычайно мал (6,25% касается единичных случаев несоответствия степени тяжести пациента описанному клиническому осмотру), что в два раза ниже показателя в государственном учреждении. Ведение медицинской документации в частном многопрофильном стационаре расценено как удовлетворительно в 92,8% случаев.

Выводы:

Проведенный социологический опрос врачей как в государственном, так и частном сегменте оказания медицинских услуг, продемонстрировал наличие разного рода дефектов оформления медицинской документации, как лексического характера, так и отсутствия в полной мере отображенных результатов клиничко-инструментального исследования и консультаций смежных специалистов. Авторами [3] выделяются ряд причин, ведущих к оказанию некачественной медицинской помощи и дефектам в ведении пациентов: организационные (66,0%), тактические (23,2%); лечебно-диагностические (10,8%). Внедрение лексического анализа [4-8] в работу экспертной группы медицинских учреждений, как государственного, так и частного звена, может способствовать повышению качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях и значительно упростить работу с медицинской документацией.

Список литературы

1. Линденбрaten А.Л., Савельев В.Н., Дунаев С.М., Виноградова Т.В. «Качество медицинского обслуживания населения Удмуртской Республики на современном этапе», монография, Ижевск 2011 г., С. 3-11.
2. Набережная Ж.Б. Результаты вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: Сборник научных трудов. СПб., 2009. С. 310–312.
3. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.Н. Управление качеством медицинской помощи в Украине // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. 2011. №1 (13). С. 275–277.
4. Берсенева Е.А. Организация информационного наполнения медицинской информационной системы.// Здравоохранение. – 2003. - №11. – С. 181-187.
5. Берсенева Е.А. Стандарты медицинской помощи как часть информационного обеспечения комплексной информационной системы лечебно-профилактического учреждения. // Экономика здравоохранения. – 2005. - № 9. – С. 21-25.
6. Берсенева Е.А. Пути решения задачи создания гибких автоматизированных информационных систем лечебно-профилактических учреждений // Врач и информационные технологии. – 2007. - № 4. – С.55-56.
7. Берсенева Е.А., Седов А.А., Голухов Г.Н. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы лексического контроля медицинских документов. // Врач и информационные технологии. – 2014. - № 1. – С. 11-17.
8. Берсенева Е.А., Седов А.А. Автоматизированный лексический контроль как средство повышения качества медицинских документов. // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 2. – С. 49-53.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ В СТАЦИОНАРАХ НА ДОМУ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Чайкина Н.Н.

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

Аннотация. В статье представлены некоторые аспекты оказания медико-социальной помощи на дому лицам старше трудоспособного возраста и приведен анализ показателей деятельности стационаров на дому в Воронежской области за 2015-2016 гг.

Ключевые слова: деятельность стационаров на дому, гериатрия, Воронежская область, лица старше трудоспособного возраста, пожилые, количество пролеченных больных, средняя длительность лечения.

В настоящее время с учетом продолжающегося постарения населения и ростом хронических заболеваний особое внимание должно быть уделено медицинской помощи на дому, в том числе и как менее затратной по сравнению со стационарной. Среди таких видов помощи можно отметить оказание помощи пожилым в стационарах на дому (СД) [2].

Организация такой помощи предполагает ежедневное наблюдение больного врачом, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, оказание консультативной помощи врачами узких специальностей при ее необходимости. Также в комплекс лечения больных включается целый ряд физиотерапевтических процедур, массажа, ЛФК и др. Руководство СД осуществляется заведующим терапевтическим отделением, который в своей деятельности подчиняется главному врачу и его заместителю по лечебной части. В нерабочие дни наблюдение за больными осуществляется дежурными врачами и медсестрами, для чего они обеспечиваются специально выделенным автотранспортом.

Отбор больных на лечение в СД производится заведующим терапевтическим отделением совместно с врачом СД по представлению участковых врачей, врачей общей практики (ВОП) или врачей других специальностей [3].

В целях оказания квалифицированной помощи, своевременного выявления и исправления дефектов в организации медицинского обслуживания, повышения интереса к медицинской деятельности необходимо проводить анализ деятельности медицинских организаций, не является исключением и стационар на дому.

Работа дневного стационара, стационара на дому освещается в отчетной форме № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении за ____ г.» в разделе «Стационары, пансионаты, санатории-профилактории». Также для исчисления показателей их деятельности используется отчетная документация стационара: медицинская карта стационарного больного («История болезни»), листок учета больных и коечного фонда, карта выбывшего из стационара и другая документация.

Но, например, оценка такого показателя как «Средняя длительность лечения» представляет значительные трудности, так как на его величину влияет множество факторов, не зависящих непосредственно от качества лечения (случаи, запущенные на догоспитальном этапе, необратимые процессы и пр.). Уровень этого показателя в большой степени зависит также от возраста, полового состава больных, тяжести заболевания, срока госпитализации, уровня достационарного лечения.

Продолжительность лечения больного определяется числом фактических дней лечения, независимо от частоты посещений врача или периодичности процедур. Число дней лечения в дневном стационаре поликлиники не включается в число врачебных посещений учреждения [1].

При изучении деятельности стационаров на дому за 2015-2016 гг. было выявлено следующее: по 32 районам Воронежской области число пролеченных больных в стационарах на дому за 2016 г. составило 7687 человек, что несколько больше количества пролеченных пациентов в стационарах на дому за 2015 г. – 7348 человек, при этом, средняя длительность лечения при оказании этого вида помощи составила в 2016 г. - 9,2 койко-дня, а в 2015 г. – 8,8 койко-дня.

Всего по областным медицинским организациям (МО) за 2016 г. получили помощь в стационарах на дому 471 человек, что гораздо превышает количество пролеченных пациентов на дому в этих МО за 2015 г. – 183 человека. Средняя длительность лечения по всем областным МО составила за 2016 г. - 24,6 койко-дня, за 2015 г. – 42,1 койко-день, а это практически в два раза выше показателя 2016 г. На основании этих данных можно говорить о положительной динамике указанного показателя (табл.).

Деятельность стационаров на дому в 2015-2016 гг.

Данные	Пролечено больных		Средняя длительность лечения	
	2015	2016	2015	2016
Итого по 32 районам Воронежской области	7348	7687	8,8	9,2
МО г. Воронежа	6452	6299	8,0	14,0
Всего по областным МО	183	471	42,1	24,6
Всего по области	13983	14457	8,9	11,8

Что касается оценки деятельности медицинских организаций г. Воронежа по оказанию помощи на дому, то число пролеченных больных в 2016 г. составило 6299 человек, в 2015 г. – 6452 человек, а средняя длительность лечения при этом составила в 2016 г – 14,0 койко-дня, по сравнению с 2015 г. – 8,8 койко-дня, наблюдается увеличение этого показателя почти в два раза.

При анализе деятельности стационаров на дому по всем МО г. Воронежа и ВО: за 2016 г. пролечено больных – 14 457 человек, за 2015 г. – 13 983 человек; средняя длительность лечения при этом составила в 2016 г – 11,8 койко-дня, по сравнению с 2015 г. – 8,9 койко-дня (табл.).

Следует подчеркнуть, что большую часть из пролеченных больных в стационарах на дому составляют лица старшей возрастной группы. И оказание помощи пожилым пациентам в стационарах на дому позволила «разгрузить» специализированные отделения многопрофильных стационаров, повысить эффективность использования дорогостоящего коечного фонда больниц и обеспечить доступность медицинской помощи социально незащищенным категориям лиц старшей возрастной группы.

В заключение, можно отметить, что дневные стационары, стационары на дому, как прогрессивная форма медицинского обслуживания пациентов, в том числе и пожилых, не исчерпала своих возможностей, требует дальнейшего совершенствования в процессе практической ее реализации.

Список литературы

1. Александрова Т.Б. и др. Анализ и оценка деятельности здравоохранения: Учебно-методическое пособие. – Томск: 2011. - с.164.
2. Современная концепция развития гериатрической помощи. // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 4. – с. 31 – 35.
3. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: методические рекомендации / В.М. Чернышев, А.М. Садовой, В.В. Степанов, Н.В. Гапиенко. – Новосибирск. – 2009.- 147с.

СЕКЦИЯ №27.**ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)****СЕКЦИЯ №28.****ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)****СЕКЦИЯ №29.****ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)****СЕКЦИЯ №30.****ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)**

**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)**

АТЕРОСКЛЕРОЗ И РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Антипова В.Н., Кандалинцева Р.Г.

ФБГОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, г. Саранск

Ревматические болезни (РБ) характеризуются широкой распространенностью, поражением людей различных возрастных групп, прогрессирующим характером течения со склонностью к хронизации, приводящей к потере трудоспособности и ранней инвалидизации больных. Ревматоидный артрит (РА), системная склеродермия (ССД), системная красная волчанка (СКВ), анкилозирующий спондилит (АС) и многие другие приводят к сокращению продолжительности жизни больных, а 5-летняя выживаемость больных с тяжелыми формами системных болезней соединительной ткани не превышает 50%, что сопоставимо с исходами при лимфогранулематозе и распространенных поражениях коронарных артерий [6,8,10].

С позиции государственной статистики РБ не относятся к категории жизнеугрожающих, однако в клинической практике системные заболевания соединительной ткани нередко являются причиной смерти больных молодого и среднего возраста. Исследования последних лет показали, что ведущей причиной снижения продолжительности жизни при РБ являются сердечно-сосудистые осложнения, связанные с атеросклеротическим поражением сосудов. Доклинические формы атеросклероза (эндотелиальная дисфункция, утолщение комплекса интим-медиа, увеличение уровня коронарного кальция) у больных РБ выявляются значительно чаще, чем в общей популяции. В последние годы активно обсуждается высокая смертность больных РБ от сердечно-сосудистых катастроф.

Установлено, что риск преждевременного развития и прогрессирования атеросклероза при РБ выше, чем в популяции и ассоциируется не только с традиционными факторами риска, но и с активностью воспалительного процесса. РБ достоверно сокращают продолжительность жизни больных вследствие индуцирования раннего атеротромбоза, артериальной гипертензии и связанных с ними сосудистых катастроф типа инсультов и инфаркта миокарда (ИМ).

Причина прогрессирования атеросклероза при РБ до конца не ясна, и увеличение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) не может быть полностью объяснены традиционными факторами риска, такими как возраст, пол, курение, артериальная гипертензия или сахарный диабет 2 типа. Клинические, лабораторные и эпидемиологические исследования показали, что прогрессирующее системное воспаление – один из нетрадиционных факторов увеличения сердечно-сосудистого риска у этих пациентов [3,6,7].

На сегодня доказано, что аутоиммунное воспаление, лежащее в основе патогенеза РБ, и атеросклероз имеют общие механизмы повреждения сосудистой стенки. Ремоделирование артерий при атеросклеротическом их повреждении проявляется увеличением толщины сосудистой стенки, снижением эластичности, повышением жесткости и упругости, а вен - снижением тонуса, увеличением ёмкостных и кинетических качеств. Как известно, увеличение жесткости артерий связано с повышением риска развития инсульта, ишемической болезни сердца (ИБС) и сердечной недостаточности [1,2].

Ранее атеросклероз считался следствием пассивного накопления липидов в стенке сосуда, но, в настоящее время признано, что это динамический воспалительный процесс, начинающийся с активации сосудистого эндотелия, миграции лейкоцитов, окисления липидов и достигающий высшей точки при дестабилизации атеросклеротической бляшки (АТБ) и тромбозе. РА является примером хронического системного воспалительного заболевания и, что интересно, поразительные общие черты были отмечены между патогенезом атеросклероза и РА. Клеточный состав АТБ и воспалительного инфильтрата синовиальной оболочки при РА одинаков (локальное накопление моноцитов, макрофагов, Т-клеток). В развитии атеросклероза также участвуют эндотелиальные и гладкомышечные клетки сосудов. Они опосредуют хемотаксис лейкоцитов, разрушение внеклеточного матрикса [12,13,17]. Все клетки, вовлеченные в развитие атеросклероза, способны как вырабатывать цитокины, так и реагировать на их действие. В патогенезе атеросклероза цитокины играют двойственную роль: провоспалительные и Th-1-зависимые цитокины способствуют развитию атеросклероза, в то время как противовоспалительные, связанные с регуляторными Т-клетками (T-reg), демонстрируют отчетливое антиатерогенное действие.

Среди большого количества цитокинов, синтезируемых активированными Т-клетками, макрофагами и В-клетками, ключевая роль в развитии аутоиммунного воспаления и сердечно-сосудистых катастроф принадлежит ИЛ-6 – единственному цитокину, непосредственно индуцирующему синтез острофазовых белков (ОФБ) в гепатоцитах. У больных РА наблюдается строгая взаимосвязь между сывороточной активностью ИЛ-6 и уровнем ОФБ в крови, таких как С-реактивный белок (СРБ), α 1-антитрипсин, фибриноген и гаптоглобин [18,19]. Повышение уровня ИЛ-6 коррелирует с риском развития коронарной болезни сердца и является предиктором возникновения сердечно-сосудистых событий у пациентов с клинически стабильной ИБС, доказанной ангиографически. Помимо этого, при нестабильной стенокардии и ИМ повышенный уровень ИЛ-6 связан с неблагоприятным прогнозом. При увеличении ИЛ-6 на 1 пг/мл относительный риск развития повторного ИМ или внезапной смерти возрастает в 1,7 раза [15,18,19].

Относительный риск развития ССЗ у больных РА колеблется от 1,4 до 3,96, при СКВ – от 5 до 10 по сравнению с общей популяцией. Риск развития ИМ у молодых женщин (35–44 лет) с СКВ выше в 50 и более раз, чем в популяции [4,5]. Хроническое системное воспаление в популяции в целом и у пациентов с РА, приводит к повышению кардиоваскулярного риска наряду с традиционными факторами риска (курение, дислипидемия, артериальная гипертензия, гиподинамия и прочие).

Учитывая общность патогенеза атеросклероза и РБ, в последние годы объектом интенсивных исследований становятся воспалительные маркеры атеросклероза у данной категории больных. Особое внимание уделяется белкам острой фазы воспаления СРБ, сывороточному амилоидному белку А, также показателям активации иммунитета (провоспалительным цитокинам, их растворимым рецепторам), дисфункции эндотелия (клеточным молекулам адгезии, фактору Виллебранда), органонеспецифическим аутоантителам (антителам к фосфолипидам и окисленному липопротеиду низкой плотности) и иммунным комплексам [8,9].

Небольшое увеличение концентрации СРБ отражает субклиническое воспаление в сосудистой стенке, связанное с атеросклеротическим процессом. В ряде работ прослежена связь между атеросклеротическим поражением сосудов (утолщение комплекса интима-медия (КИМ), наличие АТБ по данным УЗ исследования сосудов) и концентрацией СРБ при СКВ и РА [9,12,18]. Имеются данные, что у мужчин с недифференцированным артритом увеличение концентрации СРБ до 5-15 мг/л связано с увеличением сердечно-сосудистой смертности в 3,7 раза (в течение 10 лет), при концентрации СРБ > 16 мг/л - в 4 раза.

Наиболее выраженными атерогенными свойствами обладают оксигенированные липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), белки теплового шока 60/65, индуцирующие сильный локальный иммунный ответ в бляшке. Кроме того, оксигенированные ЛПНП могут стимулировать апоптоз, участвующий в процессах дестабилизации бляшки. Показано увеличение уровней аутоантител (к оксигенированным ЛПНП, белкам теплового шока, кардиолипину, бета2-гликопротеину-1, кардиолипину) и иммунных комплексов у больных РБ по сравнению со здоровыми пациентами, что ассоциировалось с доклиническими проявлениями атеросклероза по данным УЗ исследования толщины КИМ у этих больных [12-15].

Проявления дисфункции эндотелия связывают с недостатком продукции или биодоступности оксида азота в стенке артерий, обеспечивающего вазодилатацию, торможение экспрессии молекул адгезии, агрегации тромбоцитов, антипролиферативное, антиапоптотическое и антитромботическое действие. При атеросклерозе нарушается баланс между гуморальными факторами, оказывающими потенциальное защитное действие (оксид азота, эндотелиальный фактор гиперполяризации, простаглицлин), и факторами, повреждающими стенку сосуда (эндотелин-1, тромбоксан А2, супероксид-анион) [10,11]. Критериями

дисфункции эндотелия могут служить некоторые гуморальные факторы, связанные с деятельностью клеток эндотелия, такие как эндотелин-1, фактор Виллебранда, Е-селектин, молекулы межклеточной адгезии, молекулы адгезии сосудистых клеток и другие. Дисфункция эндотелия выявляется при РА и СКВ как на ранней, так и на поздней стадиях заболевания: повышение уровней молекул межклеточной адгезии, молекул адгезии сосудистых клеток, Е-селектина, фактора Виллебранда по сравнению со здоровыми пациентами, которое было достоверно связано с наличием атеросклеротических бляшек в сосудах либо признаками доклинического атеросклероза [7,13].

Изменения структурно-функциональных свойств сосудистого русла при РБ во многом определяется наличием достаточно продолжительного субклинического периода процесса его ремоделирования при атерогенезе, что определяет возможность диагностики и коррекции выявленных нарушений на доклиническом этапе. Проведенные исследования КИМ при РБ выявили увеличение его величины. Было показано, что у больных РА значения КИМ сонных артерий были выше, чем у здоровых, соответствующего возраста и пола, и ассоциировалась с большей длительностью и тяжестью заболевания. Толщина КИМ сонных артерий была выше у женщин больных РА в сравнении с женщинами контрольной группы, соответствующими по возрасту. Roman M.J. с соавт. обнаружили трехкратное увеличение размеров АТБ в сонных артериях у больных с РА в сравнении с контролем (44% против 15%, $p < 0,001$), наличие которых ассоциировалось с АГ, курением и применением ингибиторов ФНО- α . Также было установлено, что утолщение КИМ в большей степени выражено у больных с внесуставными проявлениями РА [14,16]. Так, например, Klocke R. и соавт. впервые обнаружили увеличение индекса аугментации (Aix) и центрального АД у больных РА без традиционных факторов риска, что свидетельствует об увеличении артериальной ригидности (АР) крупных и средних артерий. В ряде исследований были получены аналогичные результаты и выявлена связь данных изменений с длительностью заболевания [17]. В исследовании Soltesz P. с соавт. была проведена комплексная диагностика субклинических сосудистых нарушений у больных с системными аутоиммунными заболеваниями (первичным антифосфолипидным синдромом, РА, ССД, полимиозитом, СКВ). У обследованных больных установлено увеличение толщины КИМ, показателей АР (скорости распространения пульсовой волны - СРПВ, Aix) и снижение поток-зависимой вазодилатации плечевой артерии по сравнению с контрольной группой. Aix и СРПВ позитивно коррелировали с толщиной КИМ ($r=0,34$; $r=0,44$, $p < 0,001$) [13,14].

При СКВ сердечно-сосудистые осложнения занимают ведущее место среди причин летальности. Установлено, что воспаление играет важную роль в развитии и прогрессировании атеросклеротического поражения сосудов. У больных СКВ вследствие аутоиммунного воспаления наблюдается гиперпродукция провоспалительных цитокинов и угнетение синтеза противовоспалительных факторов, что приводит к повреждению сосудистого эндотелия и нарушению его регуляторной функции [2,3,4]. В условиях воспаления проницаемость эндотелия для липопротеидов повышается, в результате чего происходит накопление ЛПНП в субэндотелиальном пространстве с дальнейшим их окислением и образованием атеросклеротической бляшки.

Таким образом, при РБ часты сердечно-сосудистые ситуации, которые являются одной из основных причин летальности больных. Сердечно-сосудистые катастрофы обусловлены ранним развитием и быстрым прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов. Следует отметить, что увеличение смертности при РБ обусловлено накоплением как традиционных факторов риска ССЗ, так и наличием хронического воспаления, побочными эффектами противоревматической терапии, и что, особенно важно, недостаточным вниманием к ранней диагностике ССЗ и их профилактики. Поэтому, важно проводить активную сердечно-сосудистую профилактику, своевременно выявлять ССО наряду с основной патологией, что заметно окажет влияние на прогноз пациентов с РБ.

Список литературы

1. *В.Н. Антипова, М.В. Казеева.* Кардиоваскулярный риск и метаболический синдром у ольных подагрой // Известия высших учеб. заведений. Поволжский регион. Мед. науки. – 2015. - № 1 (33). – С. 108 – 117.
2. *В.Н. Антипова, М.Н. Яшина.* Кардиоваскулярная патология при ревматических заболеваниях (обзор литературы). – XLII Огарев. чтения: мат-лы науч. конф.: в 3 ч. – Ч. 2: Естеств. науки, 2014. – С. 158 – 164.

3. *И.Г. Винокурова.* Оценка структуры и функции сосудистой стенки и влияние на них основных факторов риска у лиц с нормальным давлением и больных артериальной гипертензией молодого возраста: автореф. дисс.; канд. мед. наук : 14.01.04 / И.Г. Винокурова. - Хабаровск. – 2014. – 129 с.
4. *В.В. Иваненко.* Взаимосвязь показателей жесткости сосудистой стенки различными сердечно-сосудистыми факторами риска / В.В. Иваненко, О.П. Ротарь, А.О. Конради // Артериальная гипертензия. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 290-300.
5. *Н.О. Катамадзе.* Традиционные факторы сердечно-сосудистого риска и параметры электрокардиографического стресс-теста как предикторы субклинического атеросклероза: автореф. дисс.; канд. мед. наук : 14.01.05 / Н.О. Катамадзе. - Санкт-Петербург. – 2014. – 129 с.
6. *Е.П. Колесова.* Структурно-функциональное состояние сосудов у больных ревматологическими заболеваниями: связь с маркерами хронического воспаления и традиционными сердечно-сосудистыми факторами риска: автореф. дисс.; канд. мед. наук : 14.01.05 / Е.П. Колесова. - Санкт-Петербург. – 2017. – 81 с.
7. *Е.И. Кузнецова.* Атеросклероз при АНЦА-ассоциированных системных васкулитах / Е.И. Кузнецова, Л.А. Стрижаков, П.И. Новиков, С.В. Моисеев, В.Д. Щербакова // Науч-практич. ревматол. – 2012. – № 52. - С.92 - 96.
8. *А.Л. Маслянский.* Субклиническое поражение сердечно-сосудистой системы у больных ревматологическими заболеваниями / Маслянский А. Л., Звартау Н. Э., Колесова Е. П., Козленок А. В., Васильева Е. Ю., Мазуров В.И., Конради А.О., Шляхто Е. В. // Российский кардиологический журнал. – 2015. - № 5 (121). – С. 93 – 100.
9. *Н.С. Мещерина.* Подходы к коррекции иммунного воспаления и ремоделирования кардиоваскулярного русла у больных ревматоидным артритом генно-инженерными биологическими препаратами: автореф. дисс.; канд. мед. наук : 14.03.09 / Н.С. Мещерина. – Курск. – 2014. – 241 с.
10. *Е.Л. Насонов.* Ревматология. Национальное руководство / Е.Л. Насонов, З.С. Алекберова, Т.В. Бекетова, Д.Ю. Вельтищев и др.; под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – 720 с.
11. *Е.Л. Насонов.* Российские клинические рекомендации. Ревматология / Е.Л. Насонов, З.С. Алекберова, Т.В. Бекетова, Д.Ю. Вельтищев и др.; под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2017. – 464 с.
12. *Р.А. Хохлов.* Предикторы атеросклеротического поражения артерий конечностей по данным кардиоангиологического скрининга взрослого населения / Р.А. Хохлов, А.Э. Гайдашев, Н.М. Ахмеджанов // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. - 2015. - № 11(5). – С. 470 - 476.
13. *О.Ю. Чураков.* Эхоструктурные изменения при ультразвуковом исследовании брахиоцефальных артерий у больных ревматоидным артритом / О.Ю. Чураков, Н.П. Шилкина // Архив внутренней медицины. – 2014. - № 5(19). – С. 59 – 61.
14. Новые данные о связи ревматоидного артрита и атеросклероза (An update on the relationships between rheumatoid arthritis and atherosclerosis) / Zeynep Ozbalkan, Cumali Efe, Mustafa Cesur, Sibel Ertek, Narin Nasiroglu, Kaspar Berneis, Manfredi Rizzo. An update on the relationships between rheumatoid arthritis and atherosclerosis. *Atherosclerosis* 2010;212:377-382. Перевод с английского и комментарий проф. Арабидзе Г. Г. // Атеросклероз и дислипидемии. — 2011. — №3. – С.4 – 11.
15. Ambulatory arterial stiffness index: a systematic review and meta-analysis / A. Kollias, G.S. Stergiou, E. Dolan, E. O'Brien // *Atherosclerosis*. – 2012. – № 224 (2). – P. 291-301.
16. Bensen, J. T. Family history of coronary heart disease and pre-clinical carotid artery atherosclerosis in African-Americans and whites: the ARIC study: Atherosclerosis Risk in Communities / J. T. Bensen, R. Li, R. G. Hutchinson [et al.] // *Genet. Epidemiol.* -2009. - Vol. 16, No. 2. - P. 165-178.
17. Chambless, L. E. Association of coronary heart disease incidence with carotid arterial wall thickness and major risk factors: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study, 1987-1993 / L. E. Chambless, G. Heiss, A. R. Folsom [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* - 2007. - Vol. 146, No. 6. - P. 483 - 494.
- 18 Fernandez-Real J.M., Vayreda M., Richart C. et al. Circulating interleukin-6 levels, blood pressure, and insulin sensitivity in apparently healthy men and women. *J.Clin Endocrinal Metab* 2010; 86(3):1154-9.

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ

Никитина Н.М., Александрова О.Л., Григорьева С.Н., Грицкова И.А., Дембовская С.В.

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

Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (ЭГП) является редким системным васкулитом, который может встречаться у мужчин и женщин любого возраста, но чаще развивается у лиц среднего возраста [1]. Для ЭГП характерно последовательное развитие симптомов: вначале - бронхиальной астмы, затем – эозинофилии, инфильтратов в легких и на развернутом этапе – поражения различных органов и систем [2].

Однако, не во всех случаях бронхиальная астма возникает в дебюте заболевания [3]. Наибольшие сложности при постановке диагноза ЭГП возникают при отсутствии бронхиальной астмы в дебюте ЭГП, длительном развитии симптомов заболевания, в случае появления нетипичных для ЭГП признаков системного воспаления.

Приводим клиническое наблюдение с отсутствием типичной для ЭГП бронхиальной астмы в дебюте заболевания.

Больная Г., 1940 г.р. с 30-летнего возраста (с 1970 года) стала отмечать повышенную чувствительность открытых участков кожи к солнечному свету. В возрасте 35 и 37 лет у больной имели место частые обострения обструктивного бронхита, купированные не только после назначения антибиотиков, отхаркивающих средств, бронхолитиков (сальбутамола), но и после применения ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС) - беклометазона 1000 мкг/день на протяжении 2-4 недель. Дважды в возрасте 35 и 37 лет к обострениям бронхита присоединялись инфильтративные изменения в легких, расцененные как пневмонии. Бронхиальная астма на данном этапе заболевания была исключена.

В 38-летнем возрасте у пациентки неоднократно рецидивировал правосторонний гайморит. В это же время больная дважды перенесла воспаление тройничного нерва. В возрасте 46-54 лет у пациентки появились приступы экспираторной одышки, был выставлен диагноз бронхиальной астмы. При обследовании была выявлена незначительная эозинофилия (11-14%) в общем анализе крови (ОАК). Назначенных ингаляционных ГКС больная не принимала, пользовалась сальбутамолом с умеренным эффектом. Развитие приступов экспираторной одышки больная связывала с профессиональной деятельностью (занималась химической чисткой одежды). После перемены места работы приступы экспираторной одышки прекратились, не рецидивировали в течение 16 лет. В возрасте 70 лет у больной появился артрит левого коленного и голеностопного суставов. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов внутрь, в виде гелей явления олигоартрита уменьшились незначительно. Артрит был купирован введением кеналога внутрисуставно.

В возрасте 71 года у больной появились мелкоточечные геморрагические высыпания в месте накладывания манжеты после измерения артериального давления. Впоследствии отмечались многократные рецидивы геморрагических высыпаний размером 0,2-1,5 см на верхних конечностях, единичные - на лице, груди, животе, верхней части спины. Больная была консультирована ревматологом. С учетом отсутствия геморрагических высыпаний на голенях, больших размеров высыпаний на коже, отсутствия поражения мезентериальных сосудов и почек, а также пожилого возраста больной диагноз геморрагического васкулита был отвергнут.

Ухудшение самочувствия отмечалось с 72-летнего возраста, когда у больной стало наблюдаться постоянное серозное отделяемое из полости носа, рецидивы носовых кровотечений (от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц), появление геморрагических корочек в полости носа, редкие приступы экспираторной одышки, купирующиеся ингаляциями сальбутамола. Количество тромбоцитов в ОАК было в норме ($180 \cdot 10^9/\text{л}$). Пациентка неоднократно обследована отоларингологом, был диагностирован аллергический ринит, хронический правосторонний гайморит вне обострения. Данных в пользу гранулематоза с полиангиитом с характерным поражением верхних дыхательных путей выявлено не было. Через 3 месяца у больной появилась рецидивирующая крапивница, отек Квинке; применение десенсибилизирующих средств было малоэффективным.

В возрасте 72 лет (в 2012 году) была госпитализирована в ревматологическое отделение ГУЗ «Областная клиническая больница» для уточнения диагноза. При обследовании отмечалось умеренное

повышение СОЭ до 19 мм/час, незначительное повышение С-реактивного белка до 9,2 мг/л (норма 0-7 мг/л). Количество форменных элементов в общем анализе крови было в пределах нормы. В общем анализе мочи патологии не было. Ревматоидный фактор, антитела к ДНК, антинуклеарные антитела, антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) были отрицательны.

Постановка диагноза представляла определенные сложности. В ходе обследования были исключены онкопатология, туберкулез легких, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, системная красная волчанка. С учетом наличия 4 критериев ЭГП – инфильтратов в легких, бронхиальной астмы с аллергическими реакциями, эозинофилии, параназального синусита (хронического гайморита) больной был выставлен диагноз ЭГП. После назначения метилпреднизолона (МП) в начальной дозе 12 мг/день внутрь состояние больной значительно улучшилось: не рецидивировали аллергический ринит, крапивница, отек Квинке, приступы экспираторной одышки, геморрагические высыпания. Через год на фоне снижения дозы МП до 4 мг/день внутрь и появления приступов экспираторной одышки к лечению был добавлен беклометазон в дозе 500-1000 мкг/день. На фоне данной терапии состояние оставалось стабильным на протяжении 5 лет.

Данный случай интересен длительным постепенным развитием заболевания, отсутствием характерной для ЭГП бронхиальной астмы в дебюте системного васкулита. Трудности в своевременной постановке диагноза у данной пациентки заключались в отсутствии типичной этапности заболевания. Инфильтраты в легких, учащение обострений обструктивного бронхита возникли за 11 лет до появления бронхиальной астмы. Приступы экспираторной одышки как проявление бронхиальной астмы появилась на фоне контакта с вредными химическими веществами и прекратились самостоятельно после смены профессиональной деятельности.

Таким образом, для своевременной диагностики ЭГП необходимо учитывать атипичное течение данного системного васкулита, разнообразие клинических проявлений этого заболевания. Больных с наличием бронхиальной астмы, эозинофилии в анамнезе, аллергических реакций необходимо своевременно направлять для уточнения диагноза в ревматологическое отделение.

Список литературы

1. Keogh KA, Specks U. Churg–Strauss syndrome: clinical presentation, antineutrophil cytoplasmic antibodies, and leukotriene receptor antagonists. *Am J Med* 2003; 115: 284–290.
2. Kim MJ, Sohn KH, Song WJ et al. Clinical features and prognostic factors of Churg-Strauss syndrome. *The Korean Journal of Internal Medicine* 2014; 29 (1):85-95.
3. Noth I, Streck ME, Leff AR Churg-Strauss syndrome. *Lancet* 2003; 361:587–594.

СЕКЦИЯ №35.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)

СЕКЦИЯ №36.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)

СЕКЦИЯ №37.

СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА КОЛЛАПАН-Л ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРНЕВЫХ КИСТ

Игнатъев А.И.

БУ «Янтиковская центральная районная больница»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

Несмотря на несомненные успехи, достигнутые в стоматологии, по данным литературы третье место по обращаемости к врачу-стоматологу занимают заболевания периодонта [1]. Консервативной терапией не всегда удается добиться успеха в регенерации периапикальных тканей после эндодонтического лечения, а склонность организма к образованию кист и опухолевых процессов может приводить к рецидиву заболевания, даже спустя длительные сроки после проведения манипуляций [3]. Следствием несвоевременной диагностики и неадекватного лечения хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции могут быть как ограниченные, так и разлитые гнойно-воспалительные заболевания челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области [1]. При снижении общей иммунологической реактивности организма, неспецифической резистентности и повышенной сенсibilизации организма возможно развитие тяжелых осложнений. В тоже время воспалительные процессы в челюстно-лицевой области снижают резистентность и иммунологический статус организма, влияют на патогенез развития и течение заболеваний внутренних органов и систем [1, 2, 3]. В связи с этим устранение хронических очагов одонтогенной инфекции является первоочередной задачей в работе врача-стоматолога, как профилактика развития тяжелых осложнений в виде флегмоны, остеомиелита.

Наиболее распространенной зубосохраняющей операцией является цистэктомия с одномоментной резекцией верхушки корня причинного зуба. В практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 40,6% операций в условиях амбулаторного приема составляют операции по поводу радикулярных кист челюстей [1]. Главной задачей хирургического лечения околокорневых кист челюстей является сохранение зубов, расположенных в зоне кисты, и восстановление их функции. Цистэктомия с одномоментной резекцией верхушки корня причинного зуба показана при погружении корня зуба в полость кисты не более чем на 1/3 его длины. Более глубокое погружение корня в полость кисты делает такие зубы непригодными в функциональном отношении и приводит к ранней их потере. Кроме того, после удаления околокорневых кист остаются костные полости, которые снижают прочность челюстных костей и могут вызывать функциональные и эстетические нарушения [1]. Полость, образовавшаяся после удаления периапикальных деструктивных изменений кости, не всегда заполняется костной тканью. Нередко процесс восстановления не идет дальше формирования соединительнотканых рубцов и затягивается на годы. В 5 % случаев костный дефект вообще ничем не восполняется [1, 2, 3]. Одним из перспективных направлений в хирургическом лечении околокорневых кист, для заполнения костного дефекта в периапикальной области зубов после оперативного вмешательства, является использование остеопластических препаратов, стимулирующими процессы костеобразования. Эти препараты позволяют предотвратить возможные осложнения, связанные с сокращением и распадом кровяного сгустка, а также вторичным инфицированием раны; ускоряют регенерацию костной ткани в области дефекта и восстановление формы и функции челюстных костей [1, 2, 3].

На базе стоматологического отделения БУ «Янтиковская ЦРБ» Минздрава Чувашской Республики за период с 2013 по 2017 годы под наблюдением находилось 28 пациентов (30 зубов) в возрасте от 27 до 56 лет (средний возраст – 38,2 года; 16 женщин, 12 мужчин) с диагнозом радикулярная киста (корневая киста K04.8 по МКБ 10).

Данные пациенты были направлены на хирургическое лечение врачами-стоматологами с увеличением периапикального очага деструкции в течение 1 года после первичного эндодонтического лечения зуба – 8 случаев (28,6%), в 14 случаях (50%) пациенты были направлены к стоматологу-хирургу после повторного эндодонтического лечения зуба через 2-3 года после начала первичной терапии. У 6 пациентов (21,4%) корневая киста выявлена в области зубов, леченных по поводу глубокого кариеса более 8 лет назад.

На хирургическом приеме диагностика деструктивных изменений в периапикальной области основывалась на рентгенологических данных. При рентгенологическом исследовании оценивались расположение корня зуба, качество obturации корневых каналов, размеры периапикального очага

деструкции кости, расположение анатомических образований: дно верхнечелюстной пазухи, полости носа, ментального отверстия, нижнечелюстного канала. Показанием к хирургическому лечению служили корневые кисты малых размеров – диаметр костных полостей от 0,5 до 1 см в пределах одного зуба.

Всем пациентам было проведено оперативное лечение корневой кисты челюстей с резекцией верхушки корня зуба и цистэктомией под местным обезболиванием по стандартному протоколу. Для закрытия костных дефектов использовался остеопластический материал «КоллапАн-Л» в виде гранул. Оперативное вмешательство проводилось в области 27 верхних зубов (90%) и 3 нижних зубов (10%). Из них 22 случая (73,3%) – резцы, 5 клыков (16,7%), 3 премоляра (10%).

Остеопластический биокомпозиционный материал «КоллапАн-Л» содержит искусственный гидроксиапатит, коллаген и антибиотик (линкомицина гидрохлорид, гентамицина сульфат, метронидазол, клафоран, диоксидин, рифампицин, изониазид). Антибиотик постепенно от 15 до 21 суток выделяется из гранул в окружающие ткани. Препарат оказывает позитивное действие на репаративный остеогенез, играет роль направляющего матрикса для аппозиционного роста кости, обеспечивает пролонгированный антимикробный эффект [2].

До хирургического этапа всем пациентам было проведено эндодонтическое лечение с obturацией корневого канала методом латеральной конденсации с использованием гуттаперчевых штифтов и силера ANplus и реставрация коронки фотокомпозитным материалом.

Критериями оценки состояния костной структуры после операции явились: клиническое состояние до лечения; результаты рентгенологического исследования; мониторинг на 1-2 сутки после операции и через 1, 3, 6, 12 месяцев.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко. Послеоперационная рана у всех прооперированных зажила первичным натяжением. Швы сняты на 7–8 день после операции. В ближайшие дни после оперативного лечения у 19 пациентов (67,9%) отсутствовал болевой синдром или отмечался небольшой дискомфорт – 6 пациентов (21,4%), умеренная ноющая боль отмечена у 3 пациентов (10,7%). Боль и отек исчезали к 3–4 суткам после операции у всех пациентов.

Результаты клинического обследования через 1 месяц: пациенты жалоб не предъявляли. на рентгенограммах определяются расплывчатые контуры костного дефекта. Через 3 месяца после операции у пациентов клинических признаков местного воспалительного процесса не наблюдалось. Общий статус без особенностей, местно отмечаются малозаметные рубцы на слизистой оболочке переходной складки, пальпация безболезненная; пациенты жалоб не предъявляли. Через 3 месяца регенерация костной ткани отмечена у 20 пациентов (71,4%): дефект уменьшился на 1/3, контуры дефекта расплывчатые, новообразованная костная ткань отчетливо определяется на периферии дефекта. Через 6 месяцев у 23 обследованных пациентов (82,1%) костная полость дефекта заполнена на 2/3, новообразованная кость интенсивно развивается в сторону верхушек корней прилегающих зубов и к центру полости. Через 1 год после операции у 26 обследованных (93%) отмечено окончательное восстановление костных дефектов. У двух (7,1%) пациентов при контрольном осмотре через 1 года отмечено неполное восстановление костной полости (в обоих случаях операция проводилась в области резцов нижней челюсти, диаметр кист составлял 1 см).

Таким образом, проведенный на базе стоматологического отделения БУ «Янтиковская ЦРБ» Минздрава Чувашской Республики анализ лечения корневых кист с использованием биокомпозиционного материала на основе гидроксиапатита «КоллапАн-Л» показал высокую эффективность препарата (93%). Материал способствует активному течению регенерационных процессов в дефектах костной ткани, обуславливая формирование в них соединительной ткани и на её базе – костных структур. Заполнение послеоперационного дефекта данным материалом положительно влияет на течение послеоперационного периода, что выражается в значительном уменьшении послеоперационного отека мягких тканей, отсутствии болевого синдрома. Активная регенерация костной ткани на месте бывшего дефекта на фоне применения препарата «КоллапАн-Л» начинается на втором месяце и уже через 3–6 месяцев контуры небольших дефектов до 0,5 см становятся малозаметными, а через 12 месяцев после операции местный статус без особенностей, пальпируется плотная костная ткань, на рентгенограмме послеоперационная кистозная полость заполнена новообразованной костью.

Список литературы

1. Алимжанов, С.К. Оперативные методы лечения одонтогенных кист челюстей (обзор литературы) // Вестник ошского государственного университета. – № 4. – 2013. – С. 118 – 126.
2. Костина, И.Н. Хирургическое лечение хронического периодонтита с использованием материала «Коллапан» // Проблемы стоматологии. – № 1. – 2011. – С. 35 – 39.
3. Розенбаум, А.Ю. Оценка эффективности применения остеопластического материала «Коллопол» при операции цистэктомии с одномоментной резекцией верхушки корня зуба / Розенбаум А.Ю., Капишников А.В., Глушенко В.П. // Актуальные вопросы стоматологии. Сборник научных трудов, посвященный 50-летию стоматологического образования в СамГМУ. – 2016. – С. 329 – 334.

СЕКЦИЯ №38.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)

МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ

Токарева Н.Г.

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

Предварительное и судебное следствие по уголовному делу – это всегда ретроспективное познание данных о событии, нередко характеризующееся не поддающимися наблюдению процессами либо процессами, признаки которых понятны только специалистам. Да и само ретроспективное восстановление картины преступления по следам предполагает неизбежное привлечение инструментальных, лабораторных и иных специальных методов исследования. Поэтому институт специальных знаний составляет неотъемлемую и очень важную часть как практической деятельности по собиранию, проверке и оценке доказательств, так и ее уголовно-процессуальной формы. Следует признать, что в ходе расследования преступлений, особенно насильственных, чаще всего прибегают к использованию специальных знаний в области судебной медицины, судебной психиатрии, что требует самостоятельного детального рассмотрения вопросов, касающихся назначения и производства судебно-медицинских экспертиз. УПК предусматривает обязательное проведение экспертизы по вопросам, относящимся к расследованию преступлений против жизни и здоровья человека.

Судебно-медицинская экспертиза потерпевших из наиболее частых видов экспертиз. Поводами для ее проведения являются следующие: при причинении вреда здоровью – установление характера и тяжести вреда здоровью, механизма возникновения, давности причинения, вида оружия (орудия), которыми они причинены, степени утраты стойкой общей и профессиональной трудоспособности; при заболеваниях и при подозрении на притворные и искусственные болезни – определение общего состояния здоровья, симуляции, психического состояния, аггравации, искусственно вызванной болезни, самоповреждения (членовредительства); при спорных половых состояниях и при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности – установление гермафродитизма, половой зрелости, бывшего полового сношения, половой способности, беременности, аборта, бывших родов, насильственного полового акта, отцовства, развратных действий, мужеложства и другие; при других поводах – определение возраста, идентификации личности, заражения венерической болезнью, установление заболевания наркоманией или токсикоманией и другие [2].

Судебно-медицинская экспертиза производится как по постановлению следователя, прокурора и лица производящего дознание, так и по их мотивированному письменному поручению. По мотивированному письменному поручению органов дознания, следователя, прокурора, суда могут производиться судебно-медицинские исследования трупов и судебно-медицинские освидетельствования живых лиц с целью выявления признаков, служащих основанием для возбуждения уголовного дела. Суд так же вправе назначить судебно-медицинскую экспертизу по собственной инициативе, предлагая сторонам представить в письменном виде вопросы эксперту. Судебно-медицинская экспертиза – это предусмотренное

и регламентированное законом, проводимое врачом научно-практическое исследование конкретных объектов, предпринимаемое для решения конкретных медицинских и медико-биологических вопросов, возникающих при проведении конкретного дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства. Несомненно, это мощный инструмент сбора и закрепления доказательств по делу. Источником предварительных сведений об обстоятельствах происшествия может послужить постановление о назначении экспертизы, направление на экспертизу или другой документ органов дознания, следствия или суда.

В процессе судебно-медицинского исследования потерпевшего основное внимание эксперта сосредоточивается на телесных повреждениях. При этом определяются количество, относительное расположение повреждений, вид каждого из них. Устанавливаются способ причинения повреждений, вид примененного для этого технического средства (огнестрельное, холодное оружие, тупой предмет, петля из веревки, электрического провода при удушении, яд или сильнодействующий лекарственный препарат). По возможности определяются система, калибр примененного огнестрельного оружия, ширина клинка колюще-режущего орудия. При наличии повреждений на костях может быть предпринята попытка отождествить конкретное орудие, например топор, брошенный преступником на месте происшествия.

К числу важнейших относятся вопросы, от решения которых во многом зависит правильное определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью потерпевшего. Устанавливается, не лишился ли потерпевший какого-либо органа, не потерял ли, хотя бы частично, зрение; не пострадал ли его слух; можно ли считать изменение его лица, вызванное повреждениями, неизгладимым; является ли причиненный здоровью потерпевшего вред опасным для жизни; можно ли считать наступившее расстройство здоровья потерпевшего длительным; имеет ли место значительная стойкая утрата общей трудоспособности потерпевшего, и если да, то какова ее степень; наступило ли прерывание беременности потерпевшей, и если да, является ли оно результатом причинения вреда ее здоровью; имеются ли у потерпевшего признаки психического заболевания или заболевания наркоманией, токсикоманией, и если да, вызваны ли эти заболевания фактом причинения вреда здоровью подэкспертного. Многие из этих аспектов были проанализированы в ряде наших работ [1, 3-10]. Может возникнуть необходимость в решении и других вопросов, в частности: в какой последовательности причинены повреждения: при каком взаимном положении они причинены; какое огнестрельное повреждение является входным и какое выходным; имеется ли несоответствие между повреждениями на теле потерпевшего и его одежде, и если да, с какой силой наносились удары, судя по повреждениям; является ли человек, причинивший повреждения, правой или левой; могли ли образоваться повреждения по такой-то причине, например, в результате их нанесения самим потерпевшим, движущимися частями транспорта, вследствие припадка и падения от потери сознания. На основе исследования всех повреждений и с учетом вызванного ими состояния здоровья потерпевшего судебно-медицинский эксперт делает вывод о степени тяжести причиненного ему вреда.

Список литературы

1. Железнова Е.В., Токарева Н.Г. Клинико-психологические характеристики расстройств функционирования при эпилепсии // [Российский психиатрический журнал](#). – 2017. – № 3. – С. 27-32
2. Козлов С.Н. Медицинская судебная экспертиза в уголовном судопроизводстве // Вестник Самарского юридического института. – 2010. – № 1. – С. 66-71.
3. Токарева Н.Г., Железнова Е.В. Особенности локус контроля больных эпилепсией. // [Вестник Уральской медицинской академической науки](#). 2014. – № 3 (49). – С. 60-62.
4. Токарева Н.Г., Железнова Е.В. Клинико-психологическая оценка внимания больных эпилепсией // [Здоровье и образование в XXI веке](#). – 2016. – Т. 18. № 1. – С. 28-30.
5. Токарева Н.Г., Железнова Е.В. Клинико-психологическая оценка эмоциональных расстройств у больных эпилепсией // [Здоровье и образование в XXI веке](#). – 2016. – Т. 18. № 2. – С. 214-216.
6. Токарева Н.Г. Показатели алекситимии при эпилепсии // Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств. – СПб., 2014, – С.348.
7. Токарева Н.Г., Железнова Е.В. Клинико-психологическая оценка алекситимии у больных эпилепсией подросткового возраста // [Детская и подростковая реабилитация](#). – 2016. – № 2 (27). – С. 29-31.

7. Токарева Н.Г. О клинико-психологических аспектах эмоциональных реакций у больных эпилепсией подросткового возраста // [Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии](#). Материалы Всероссийской научно-практической конференции – 2015. – С. 222-223.
8. Токарева Н.Г., Железнова Е.В. Клиническая оценка спеллинга у больных эпилепсией // [Здоровье и образование в XXI веке](#). – 2016. –Т. 18. № 1. – С. 31-33.
9. Токарева, Н.Г., Железнова Е.В. Клинико-психологическое изучение нервно-психической активности при эпилепсии // [Здоровье и образование в XXI веке](#). – 2016. – Т18. – №1. – С.25-27.
- 10.Токарева Н.Г. Клинико-юридическая оценка эмоциональных расстройств при эпилепсии. / Медицина и фармакология: научные приоритеты ученых. Материалы Международной научно-практической конференции. Пермь. 2016. - С. 71-74.

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)

БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Горшунова Е.М., Курихин И.В.

Медицинский институт
Российский Университет Дружбы Народов

Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) ассоциирован с ожирением и множественными расстройствами метаболизма. Параллельная эпидемия ожирения и диабета приводит к увеличению заболеваемости и смертности, росту финансовых затрат [7]. Несмотря на успехи современной фармакологии, менее половины взрослых пациентов с СД 2 типа достигает успехов в профилактике долгосрочных осложнений. В особенности обращает на себя внимание отсутствие контроля гликемии [3, 25, 29].

Считается, что бариатрические операции способны индуцировать и поддерживать значительную потерю веса, воздействуя на различные звенья патогенеза. Так как СД 2 типа ассоциирован с ожирением, можно предположить, что снижение массы тела приведёт к сглаживанию несоответствия между количеством инсулина и чувствительностью к нему, а значит, оптимизирует инсулин-опосредованное потребление глюкозы клетками. Также отметим, что кишечнику отводят всё большую роль в утилизации глюкозы за счет изучения его влияния на регуляцию метаболизма. Поэтому бариатрическая хирургия,

которая изменяет анатомию желудка и/или тонкой кишки, приводит к реадaptации ЖКТ и коррекции метаболических сигналов, поступающих от него [21, 27].

Так, на модели оперированных по Ру крыс было показано, что после бариатрического вмешательства произошла гипертрофия кишки и пролиферация клеток крипт [15]. Согласно исследованиям Saedi, в сформированной по Ру петле у крыс наблюдалось увеличение утилизации глюкозы и усиление гликолиза, глюконеогенез оставался неизменным или снижался [24]. Также после бариатрических вмешательств усиливается синтез ряда энтеральных гормонов, обеспечивающих насыщение и снижающих потребность в еде, таких как пептид YY, глюкагоноподобный пептид-1 (ГПП-1), гастрин, холецистокинин, гастроингибиторный пептид [28]. ГПП-1 и гастроингибиторный пептид - основные инкретиновые гормоны, они увеличивают глюкозо-стимулируемое высвобождение инсулина. Гастроингибиторный пептид секретруется К-клетками в проксимальном отделе тонкой кишки; он не влияет на секрецию глюкагона, пищевое поведение или аппетит, но он играет важную роль в липогенезе [19]. ГПП-1 является анорексигенным и глюкорегуляторным гормоном, увеличивает простой синтез инсулина и его глюкозозависимую секрецию, усиливает пролиферацию бета-клеток, повышает чувствительность к инсулину, обеспечивает кардио- и нейропротекцию, ингибирует выработку глюкозы в печени, подавляет секрецию глюкагона, тормозит опорожнение желудка, тем самым замедляя всасывание питательных веществ [16]. После операции за счёт постпрандиального увеличения выброса ГПП-1 восстанавливается первая фаза секреции инсулина [6]. Помимо биохимических эффектов, реализуемых на уровне собственных тканей, важно отметить и изменение кишечного микробиома. Трансплантация кишечной микрофлоры от мышей, перенесших обходной гастроэнтероанастомоз по Ру, мышам исследуемой группы с предварительно стерилизованным ЖКТ приводила к снижению массы тела в группе наблюдения [18]. Это объясняется тем, что обитающие в ЖКТ микроорганизмы ферментируют углеводы пищи, поставляют короткоцепочечные жирные кислоты в качестве субстрата для глюконеогенеза и липогенеза; кроме того, эти короткоцепочечные жирные кислоты выполняют роль сигнальных молекул [4]. Кишечный микробиом способен влиять на передачу сигнала по оси кишечник - головной мозг, изменяя поглощающую и секретирующую функцию энтероцитов [10].

Стандартными и наиболее широко применяемыми можно считать четыре операции, которые можно условно разделить на три группы: уменьшающие объем желудка, или рестриктивные (бандажирование, рукавная гастропластика), уменьшающие возможность всасывания питательных веществ - мальабсорбтивные или шунтирующие (билиопанкреатическое шунтирование - БПШ) и комбинированные операции (обходной анастомоз по Ру) [2, 23, 29].

Бандажирование желудка подразумевает наложение регулируемой силиконовой ленты, которая замыкается наподобие манжеты и на внутренней поверхности имеет резервуар, который можно заполнять воздухом или жидкостью [14]. Обходной анастомоз по Ру сочетает в себе методы воздействия как на желудочное, так и на тонкокишечное звено. Из малой кривизны желудка выкраивается небольшой резервуар (15-30 мл), он анастомозирует с тощей кишкой. Для включения в пищеварение двенадцатиперстной кишки в 100-150 см дистальнее связки Трейтца накладывается энтеро-энтероанастомоз [22]. Рукавная гастропластика, или продольная резекция желудка основана на резекции желудка с удалением большей его части дна и тела; вдоль малой кривизны остается трубчатый резервуар емкостью 60-100 мл [1, 14]. БПШ выключает из процесса пищеварения практически всей тощей кишки: после горизонтальной резекции желудок подшивают к дистальным 250 см тонкой кишки; двенадцатиперстная кишка при помощи тонкокишечной петли впадает в основной тракт в 50 см проксимальнее от илеоцекального клапана [14].

Все перечисленные операции выполнимы из лапароскопического доступа, что обеспечивает минимальную травматизацию тканей в ходе операции. Основные отдаленные осложнения операций можно разделить на механические (боли в животе, сужение анастомоза) и физиологические (демпинг-синдром, хронический дефицит питания, снижение плотности костей, камнеобразование в желчном пузыре и/или в почках) [2]. Также следует отметить, что хотя до 70% оперированных по Ру пациентов могут выходить в полную ремиссию в течение первых 5 лет, у 35% из них сахарный диабет может быть выявлен повторно в более поздние сроки [5].

В систематическом обзоре и мета-анализе 11 РКИ при сравнении нехирургических и хирургических методов морбидного ожирения последние отличались большей потерей веса, более быстрым достижением ремиссии СД 2 типа (полная при глюкозе натощак <100 мг/дл, уровень HbA1c <6% в течение года и более после операции), лучшими профилями липидов, большим улучшением качества жизни и существенным сокращением потребности в медикаментозном лечении [11].

Субанализ исследования STAMPEDE показал, что бариатрические вмешательства уменьшают повреждение поджелудочной железы, уменьшают уровни HbA1C, повышают чувствительность тканей к инсулину и улучшают работу бета-клеток. Из 134 пациентов, находившихся под наблюдением в течение 5 лет, у которых средний HbA1C в начале исследования составлял $9.2 \pm 1.5\%$, конечной точки (HbA1C < 6% без дополнительной терапии) достигли 29% пациентов после обходного желудочного анастомоза (14 из 49) и 23% пациентов, перенесших рукавную пластику (11 из 47); среди пациентов, получавших только сахароснижающую терапию, конечной точки достигло лишь 5% (2 из 38). У всех пациентов наблюдалось снижение уровней HbA1C: в среднем на $-2.1 \pm 1.8\%$ в группе обходного анастомоза, $-2.1 \pm 2.3\%$ в группе рукавной пластики и только $-0.3 \pm 2.0\%$ в группе терапии [12, 26].

В исследовании CROSSROADS было задействовано 44 пациента, отвечающих критериям: возраст 25-64 лет, СД 2 типа, ИМТ 30-45 кг/м². Из них 23 был выполнен обходной анастомоз по Ру, другие 21 обязались выполнять программу по изменению образа жизни: ≥ 45 минут аэробных упражнений 5 дней в неделю, направленная на снижение массы тела диета и адекватная гиполипидемическая терапия. Спустя год снижение веса в группе оперированных составило $-25,8 \pm 14,5\%$, в группе интенсивной терапии $-6,4 \pm 5,8\%$. Ремиссия диабета была достигнута у 60,0% оперированных пациентов и у 5,9% терапевтической группы. Снижение уровня HbA1c достоверных различий в группах не выявило: от $7.7 \pm 1.0\%$ до $6.4 \pm 1.6\%$ в группе после операции, от $7.3 \pm 0.9\%$ до $6.9 \pm 1.3\%$ в терапевтической группе. Однако эти значения в первой группе были достигнуты без применения сахароснижающих препаратов или же со значительно меньшим их количеством. Опасных для жизни осложнений зарегистрировано не было. [9]

Согласно The Diabetes Surgery Summit II Guidelines, бариатрические вмешательства рекомендованы пациентам с СД 2 типа и ИМТ ≥ 40 кг/м² вне зависимости от успешности контроля гликемии, а также пациентам с диабетом и ИМТ 35-39,9 кг/м² при отсутствии контроля гликемии несмотря на диету и медикаментозное лечение [8].

Градиент эффективности бариатрических операций можно проследить в ряду: БПШ > анастомоз по Ру > рукавная резекция > бандажирование желудка. Сравнительная безопасность вмешательств в этом ряду, напротив, возрастает [13, 14]. По-видимому, применимым у большинства пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2 типа можно считать обходной анастомоз по Ру, оптимальным по соотношению положительных эффектов и риска. Применение рукавной резекции желудка на данный момент продолжает изучаться, но по крайней мере, в краткосрочной и среднесрочной перспективе (1-3 года) она достаточно эффективна и приводит к снижению веса и значительным улучшениям в контроле гликемии; она может быть рекомендована пациентам, у которых существует риск развития демпинг-синдрома [17, 20].

Список литературы

1. Ершова Е.В., Трошина Е.А. Применение бариатрических операций при сахарном диабете 2 типа: в помощь практическому врачу. Ожирение и метаболизм. 2016;13(1):50-56.
2. Abdeen G, le Roux CW. Mechanism underlying the weight loss and complications of roux-en-Y gastric bypass. Review Obes Surg. 2016;26:410-421.
3. Ali MK, Bullard KM, Saaddine JB, Cowie CC, Imperatore G, Gregg EW.. Achievement of goals in U.S. diabetes care, 1999-2010. N Engl J Med 2013;368:1613-1624.
4. Allin KH, Nielsen T, Pedersen O. Mechanisms in endocrinology: gut microbiota in patients with type 2 diabetes mellitus. Eur J Endocrinol 2015;172: R167-77.
5. Arterburn DE, Bogart A, Sherwood NE, Sidney S, Coleman KJ, Haneuse S, et al. A multisite study of long-term remission and relapse of type 2 diabetes mellitus following gastric bypass. Obes Surg. 2013;23:93-102.
6. Baggio LL, Drucker DJ. Biology of incretins: GLP-1 and GIP. Gastroenterology 2007;132:2131-57.
7. Cătoi AF, Pârnu A, Mureșan A, Busetto L. Metabolic mechanisms in obesity and type 2 diabetes: insights from bariatric/metabolic surgery. Obes Facts. 2015;8:350-363.
8. Cohen RV, Shikora S, Petry T, Caravatto PP, Le Roux CW. The Diabetes Surgery Summit II Guidelines: a Disease-Based Clinical Recommendation. Obes Surg. 2016 Aug;26(8):1989-91.
9. Cummings DE, Arterburn DE, Westbrook EO, Kuzma JN, Stewart SD, Chan CP, et al. Gastric bypass surgery vs intensive lifestyle and medical intervention for type 2 diabetes: the CROSSROADS randomised controlled trial. Diabetologia 2016;59:945-53.
10. Duca FA, Yue JT. Fatty acid sensing in the gut and the hypothalamus: in vivo and in vitro perspectives. Mol Cell Endocrinol 2014;397:23-33.

11. Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, Kashyap SR, Schauer PR, Mingrone G, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2013;347:f5934.
12. Greco AV, Mingrone G, Giancaterini A, Manco M, Morroni M, Cinti S, et al. Insulin resistance in morbid obesity: reversal with intramyocellular fat depletion. *Diabetes* 2002;51:144–51.
13. Ikramuddin S, Korner J, Lee WJ, Connett JE, Inabnet WB, Billington CJ, et al. Roux-en-Y gastric bypass vs intensive medical management for the control of type 2 diabetes, hypertension, and hyperlipidemia: the Diabetes Surgery Study randomized clinical trial. *JAMA* 2013;309:2240–9.
14. Koliaki C, Liatis S, le Roux CW, Kokkinos A. The role of bariatric surgery to treat diabetes: current challenges and perspectives. *BMC Endocrine Disorders*. 2017;17:50.
15. le Roux CW, Borg C, Wallis K, Vincent RP, Bueter M, Goodlad R, et al. Gut hypertrophy after gastric bypass is associated with increased glucagon-like peptide 2 and intestinal crypt cell proliferation. *Ann Surg* 2010;252: 50–6.
16. Lee WJ, Chen CY, Chong K, Lee YC, Chen SC, Lee SD. Changes in postprandial gut hormones after metabolic surgery: a comparison of gastric bypass and sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis* 2011;7:683–90.
17. Lee WJ, Chong K, Ser KH, Lee YC, Chen SC, Chen JC, et al. Gastric bypass vs sleeve gastrectomy for type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Arch Surg* 2011;146:143–8.
18. Liou AP, Paziuk M, Luevano JM, Jr., Machineni S, Turnbaugh PJ, Kaplan LM. Conserved shifts in the gut microbiota due to gastric bypass reduce host weight and adiposity. *Sci Transl Med* 2013;5:178ra41.
19. Meek CL, Lewis HB, Reimann F, Gribble FM, Park AJ. The effect of bariatric surgery on gastrointestinal and pancreatic peptide hormones. *Peptides* 2016;77:28–37.
20. Melissas J, Stavroulakis K, Tzikoulis V, Peristeri A, Papadakis JA, Pazouki A, et al. Sleeve Gastrectomy vs roux-en-Y gastric bypass. Data from IFSO-European chapter Center of Excellence Program. *Obes Surg*. 2017;27:847–855.
21. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaconelli A, Leccesi L, et al. Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2012;366:1577–85.
22. Pareek M, Schauer PR, Kaplan LM, Leiter LA, Rubino F, Bhatt DL. Metabolic Surgery: Weight Loss, Diabetes, and Beyond. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Feb 13;71(6):670-687.
23. Rubino F. Bariatric surgery: effects on glucose homeostasis. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006; 9: 497–507
24. Saeidi N, Meoli L, Nestoridi E, Gupta NK, Kvas S, Kucharczyk J, et al. Reprogramming of intestinal glucose metabolism and glycemic control in rats after gastric bypass. *Science* 2013;341:406–10.
25. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC.. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA* 2004;291:335–342.
26. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al., STAMPEDE investigators. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. *N Engl J Med* 2017;376:641–51.
27. Sinclair P, Docherty N, le Roux CW. Metabolic Effects of Bariatric Surgery. *Clin Chem*. 2018 Jan;64(1):72-81.
28. Tadross JA, le Roux CW. The mechanisms of weight loss after bariatric surgery. *Int J Obes*. 2009;33 Suppl 1:S28–S32.
29. Wong K, Glovaci D, Malik S, et al. Comparison of demographic factors and cardiovascular risk factor control among U.S. adults with type 2 diabetes by insulin treatment classification. *J Diabetes Complications* 2012;26:169–174.

СЕКЦИЯ №45.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)

**СЕКЦИЯ №46.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)**

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

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

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

**СЕКЦИЯ №50.
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)**

**СЕКЦИЯ №51.
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)**

**СЕКЦИЯ №52.
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02)**

**СЕКЦИЯ №53.
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)**

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2018 ГОД

Январь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 января 2018г.

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

Февраль 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2018г.

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

Март 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 марта 2018г.

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

Апрель 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2018г.

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

Май 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 мая 2018г.

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

Июнь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июня 2018г.

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

Июль 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июля 2018г.

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

Август 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 августа 2018г.

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

Сентябрь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2018г.

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

Октябрь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 октября 2018г.

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

Ноябрь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2018г.

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

Декабрь 2018г.

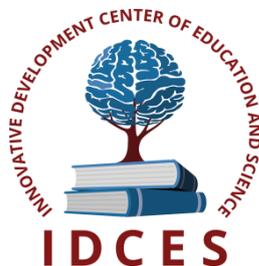
V Международная научно-практическая конференция **«Перспективы развития современной медицины», г. Воронеж**

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2018г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2019г.

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

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



**Актуальные проблемы и достижения
в медицине**

Выпуск V

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 апреля 2018 г.)**

г. Самара

2018 г.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

Издатель Инновационный центр развития образования и науки (ИЦРОН),
603086, г. Нижний Новгород, ул. Мурашкинская, д. 7.

Подписано в печать 10.04.2018.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л.4,8.
Тираж 250 экз. Заказ № 040.

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