

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



**О некоторых вопросах и проблемах
современной медицины**

Выпуск V

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

г. Челябинск

2018 г.

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

УДК 61(06)
ББК 5я43

О некоторых вопросах и проблемах современной медицины./ Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 5. г. **Челябинск**. – НН: ИЦРОН, 2018. 38 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Базин 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 VМеждународной научно-практической конференции **«О некоторых вопросах и проблемах современной медицины»**, г. **Челябинск** 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

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)	7
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РИСКОВ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ Герасимова И.В., Сахаутдинова И.В.....	7
СЕКЦИЯ №2. АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)	9
СЕКЦИЯ №3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	9
СЕКЦИЯ №4. БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)	9
РОЛЬ МИКРОБНОГО ФАКТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА Дударев И.В., Винникова Н.В.	9
СЕКЦИЯ №5. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)	12
СЕКЦИЯ №6. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)	12
СЕКЦИЯ №7. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	12
СЕКЦИЯ №8. ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)	12
СЕКЦИЯ №9. ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	12
СЕКЦИЯ №10. ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	12
СЕКЦИЯ №11. ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	12
ВОЗРАСТНАЯ КАТАРАКТА: ФАКТОРЫ РИСКА И КАТАРАКТОГЕНЕЗ Костромина Т. Ю.	12
СЕКЦИЯ №12. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	15
СЕКЦИЯ №13. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	15
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
СЕКЦИЯ №17. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)	15

СЕКЦИЯ №18.	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)	15
СЕКЦИЯ №19.	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	16
СЕКЦИЯ №20.	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ	
РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	16
СЕКЦИЯ №21.	
МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)	16
СЕКЦИЯ №22.	
НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)	16
СЕКЦИЯ №23.	
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)	16
СЕКЦИЯ №24.	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)	16
СЕКЦИЯ №25.	
НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)	16
СЕКЦИЯ №26.	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)	16
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АВИА-МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ	
В РОССИИ	
Гуменюк С.А., Загоруйченко А.А.	16
К ВОПРОСУ О РЕФОРМАХ В ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ	
ПОМОЩИ В СТОЛИЧНОМ РЕГИОНЕ	
Значкова Е.А., Гришина Н.К., Гриднев О.В., Загоруйченко А.А.	18
СОВРЕМЕННЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ	
КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Позднякова М.А., Красильникова О.Н.	20
СЕКЦИЯ №27.	
ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)	22
СЕКЦИЯ №28.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)	22
СЕКЦИЯ №29.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)	23
СЕКЦИЯ №30.	
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)	23
СЕКЦИЯ №31.	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	23
СЕКЦИЯ №32.	
ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)	23
ОПЫТ РАБОТЫ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ	
В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
Кущёва Н.С., Оленченкова Д.М.	23
СЕКЦИЯ №33.	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)	26

СЕКЦИЯ №34.	
РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)	26
СЕКЦИЯ №35.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)	26
СЕКЦИЯ №36.	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)	26
СЕКЦИЯ №37.	
СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)	26
СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПОЛОСТИ РТА И АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В РАБОТЕ СТОМАТОЛОГА Белалов С.Р., Белалова Л.Я., Салиева З.С.	27
ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРЕСТЕИЗИИ НА ФОНЕ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ Волкова Л.Ю.	29
СЕКЦИЯ №38.	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)	31
СЕКЦИЯ №39.	
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)	31
СЕКЦИЯ №40.	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)	31
СЕКЦИЯ №41.	
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)	31
СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	31
СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	31
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	31
СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	31
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	32
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	32
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	32
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	32
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)	32
ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СУБСТАНЦИЙ Федорова И.А., Мухаметшина А.М.	32

СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06).....	35
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02).....	35
СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	35
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2018 ГОД.....	36

СЕКЦИЯ №1.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РИСКОВ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Герасимова И.В., Сахаутдинова И.В.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Преэклампсия (ПЭ) является одной из ключевых проблем современного акушерства в виду отсутствия методов эффективного лечения и качественного прогнозирования данной патологии [7].

ПЭ входит в число ведущих причин материнской заболеваемости и смертности во всем мире [6]. В Российской Федерации, несмотря на тенденцию к снижению материнской смертности, гипертензивные расстройства занимают стойкое 2 место. В 2016г. отмечено 22 случая смерти, тогда как в 2015 верифицировано 20, что говорит о необходимости глубокого и комплексного подхода к проблемам диагностики и лечения данной группы заболеваний [8].

Классически протекающая ПЭ, характеризующаяся наличием отеков, гипертензии, протеинурии является осложнением 2 половины беременности. Развивающаяся в 2-5% ПЭ дифференцируется на 2 фенотипические формы: ранняя (развившаяся до 34 недель беременности) и поздняя (развившаяся после 34 недель беременности) [2,3].

Предиктором данного осложнения беременности могут быть особенности анамнеза матери: курение, нарушение жирового обмена (высокий уровень ИМТ), наличие преэклампсии в анамнезе и др. Патогенетическую основу заболевания составляют генерализованный спазм сосудов, нарушение микроциркуляции, гиповолемия, влекущие за собой изменение реологических свойств крови. Вышеуказанные изменения приводят к развитию локальной ишемии, дистрофии и некрозу тканей.

Недостаточная инвазия цитотрофобласта и неполная гестационная перестройка спиральных и радиальных артерий являются причиной снижения маточно-плацентарного кровотока, что приводит к последующему развитию плацентарной ишемии. Впоследствии неадекватная плацентация, нарастающая ишемия плацентарной ткани могут спровоцировать выброс цитотоксических факторов, которые вызывают эндотелиоз микроциркуляторного русла органов-мишеней. В настоящее время проведено множество исследований, в которых раскрыты возможные аспекты этиологии и патогенеза преэклампсии, но четкие прогностические критерии не выработаны. Рассматривается комбинация тестов, включающая: УЗ-доплерометрию маточных артерий, УЗ-оценку структуры плаценты, биохимические тесты. Плацентарный фактор роста (PlGF) — белок, синтезируемый плацентой, фактор роста эндотелия сосудов. Снижение его на данный момент рассматривается как высокочувствительный маркер развития преэклампсии. Комплексная оценка уровня PAPP_A, PlGF, ПИ в маточных артериях в 11-14 недель является одним из перспективных методов прогнозирования развития преэклампсии (Parra-Cordero и соавт, 2013г).

Материал и методы исследования

Ретроспективно в когорте, состоящей из пациенток с одноплодной беременностью были проанализированы результаты комбинированного скрининга 1 триместра с расчетом риска ранней и поздней преэклампсии. Срок гестации рассчитывался по данным копчико-теменного размера по данным экспертного ультразвукового исследования 1 триместра. Особое внимание уделялось анализу роста-весовых показателей (ИМТ), как возможному предиктору развития ПЭ. ИМТ рассчитывался как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах. Измерение артериального давления проводилось в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями в состоянии покоя на обеих руках [5].

При проведении ультразвукового исследования проводилась оценка пульсационного индекса маточных артерий [4].

Забор венозной крови для исследования сывороточных маркеров производится в течение 24 часов с момента проведения ультразвукового исследования. Для расчета риска в I триместре беременности определяются биохимические маркеры: свободная β-ХГЧ - свободная бета субъединица хорионического гонадотропина человека, PAPP_A - ассоциированный с беременностью плацентарный белок А, PlGF-плацентарный фактор роста (Программа DELFIA-LifeCycle).

Эффективность прогностического алгоритма, представленного Parra-Cordero соавторами [1] основывалась на данных о чувствительности и специфичности теста, прогностической ценности положительного и отрицательного результата.

Данные об исходах и течение беременностей получены с помощью электронной системы ведения медицинских карт пациента в МИС Медиалог (ПМТ, Россия).

Результаты исследования

Ретроспективно проанализированы 103 беременных. Критериями исключения явились: многоплодная беременность (7), пороки развития плода и хромосомные аномалии (2), случаи невынашивания беременности до 22 недель гестации (4).

Были проанализированы течения беременности 90 пациенток, включенных в исследование. Анализировался факт ранней, поздней преэклампсии, гестационной гипертензии и рождение маловесных детей. Так же проведен анализ высокого уровня ИМТ как предиктора развития ПЭ.

Возраст пациенток составил от 18 до 46 лет, в исследовании не дифференцировались пациентки с беременностью, наступившей самопроизвольно и после вспомогательных репродуктивных технологий.

Высокого риска развития ранней преэклампсии выявлено не было, как не выявлено и ни одного ложноотрицательного теста соответственно. Случаев рождения детей с низкой массой тела (вес при рождении ниже 10 перцентиля соответственно сроку родоразрешения) не выявлено.

Поздняя ПЭ реализовалась у 4 пациенток, у одной из которых тест имел положительный высокий риск.

Чувствительность теста на позднюю преэклампсию (ранняя преэклампсия не анализировалась в виду отсутствия у пациенток, вошедших в исследование) составила 33%, при заявленной авторами 46,7%.

Специфичность теста по нашим данным составила 100%.

Прогностическая ценность положительного результата составила так же 100%.

Прогностическая ценность отрицательного результата 96,6%.

Минимальным ИМТ явилось 16,5, максимальным 36,5. Следует отметить, что средний уровень ИМТ пациенток не страдающих преэклампсией был 22,1, что является нормой (максимальный отмеченный ИМТ в этой группе 32,4). Средний уровень ИМТ у пациенток в ПЭ 29,6 (избыточный уровень массы тела).

Обсуждения и выводы.

Выделение пациенток с высоким риском развития преэклампсии уже с I триместра беременности является крайне перспективным. Анализируемая нами когорта из 90 пациенток, не является достаточной для оценки приемлемости алгоритмов, предложенных Parra-Cordero с соавт. для российской популяции и требует увеличения числа исследований. Однако, высокая специфичность и прогностическая ценность отрицательного результата теста позволяют нам рекомендовать его как скрининговый.

Высокий ИМТ, как показало исследование, является дополнительным независимым фактором риска реализации преэклампсии.

Список литературы

1. Parra-Cordero M., Rodrigo R., Barja P., Bosco C., Rencoret G., Sepulveda-Martinez A., Quezada S. Prediction of early and late pre-eclampsia from maternal characteristics, uterine artery Doppler and markers of vasculogenesis during first trimester of pregnancy. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2013; 41(5): 538-44.
2. Шувалова М.П., Фролова О.Г., Ратушняк С.С., Гребенник Т.К., Гусева Е.В. Преэклампсия и эклампсия как причина материнской смертности. *Акушерство и гинекология.* 2014; 8: 81-7.; 10: 4-11.
3. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А., Штабницкий А.М., Куртенок Н.В., Коновалова О.В. Эклампсия в современном акушерстве. *Акушерство и гинекология.* 2010; 6: 4-9.
4. Савельева Г.М., Бугеренко Е.Ю., Панина О.Б. Прогностическая значимость нарушения маточно-плацентарного кровообращения в I триместре беременности у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом. *Вестник Российской академии медицинских наук.* 2013; 7: 4-8.
5. Федеральные клинические рекомендации. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. М.: Российское общество акушеров-гинекологов; 2013.
6. World Health Organization. Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO Press; 2011. 38p.

7. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, Audibert F, Bujold E, Côté AM, Douglas MJ, Eastbrook G, Firoz T, Gibson P, Gruslin A, Hutcheon J, Koren G, Lange I, Leduc L, Logan AG, MacDonell KL, Moutquin JM, Sebbag I: The hypertensive disorders of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015; 29: 643-657.

8. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М.,3-46 2017 – 26 с.

СЕКЦИЯ №2.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)

СЕКЦИЯ №3.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)

СЕКЦИЯ №4.

БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)

РОЛЬ МИКРОБНОГО ФАКТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Дударев И.В., Винникова Н.В.

МБУЗ Городская больница №1 им. Н. А. Семашко, г. Ростов –на –Дону

Проблема полипов носа остается одной из самых актуальных проблем в оториноларингологии. Основные аспекты этой патологии (этиологические, патогенетические, лечебные) до конца не решены во всем мире. Определенное значение имеет тот факт, что хронический полипозный риносинусит – это многофакторное, полиэтиологическое заболевание. Полипы носа могут быть симптомом различных заболеваний.

Ведущее значение из бактериальной инфекции придается золотистому стафилококку и теории С. Bachert et al. о суперантигене, Р. Gevaert, Н. Riechelmann указывают на возможность интраэпителиального расположения золотистого стафилококка при колонизации его от 70% до 90% у с хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС).

Известно, что многие микроорганизмы, в том числе стафилококки, образуют в организме хозяина высокоорганизованные сообщества, которые позволяют им выживать в любых неблагоприятных условиях – биопленки. Биопленки или биофильмы – это сообщества микроорганизмов, погруженные в межклеточный (межбактериальный) матрикс, в состав которого входят белки, полисахариды, липиды и нуклеиновые кислоты. Образование биопленок – один из факторов патогенности микроорганизмов.

Существование бактерий внутри биопленок обеспечивает им много преимуществ по сравнению с отдельными клетками. Бактерии в биопленках обладают повышенной выживаемостью в присутствии агрессивных веществ, факторов иммунной защиты макроорганизма и антибактериальных препаратов. Формирование биопленок в очаге воспаления ведет к хронизации инфекционного процесса и сопровождается неудовлетворительными результатами антибиотикотерапии.

Существует мнение, что хронические инфекции принципиально отличаются от острых образованием биопленок, а фагоциты макроорганизма не способны поглощать биопленки в отличие от отдельных бактериальных клеток. Это подчеркивает важность феномена биопленок для развития хронического риносинусита и полипоза носа. R.Mladina et al. пользуясь методом сканирующей спектральной микроскопии, у всех больных «диффузным назальным полипозом» на поверхности полипов носа выявили бактериальные биопленки (bacterial biofilms).

Важнейшим элементом в процессе адгезии стафилококков является межклеточный адгезивный полисахарид (Polysaccharide Intercellular Adhesin-PIA). Полисахарид участвует как в клеточной субстратной адгезии и в последующем формировании клеточных кластеров (клеточно-клеточной адгезии). За процессы адгезии, синтеза PIA и прочих структурных компонентов матрикса биопленок отвечает *ica*-оперон.

находящийся в сложной системе генетической регуляции, охватывающей также экспрессию факторов вирулентности.

По мнению В. Diamond-Hernández у стафилококков за формирование биопленок отвечает ряд генов так называемого «кластера адгезии» (intercellular adhesion gene cluster, *ica*), обозначаемых как *icaA*, *icaB*, *icaC* и *icaD*. Однако далеко не все штаммы стафилококка имеют указанные гены. Так, группой авторов В. Diamond-Hernández et al. из 45 штаммов *S. epidermidis* ген *icaA* был обнаружен у 23 штаммов, а ген *icaD* – у 39 штаммов. И именно с наличием этих генов авторы связывают безуспешность проведенной антибиотикотерапии – в случае наличия комбинации генов *icaA* и *icaD* в 95.4% случаях терапия оказалась не эффективной.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 48 пациентов с хроническим полипозным риносинуситом, из них – мужчин -26, женщин- 22, в возрасте от 27 до 65 лет, с длительностью заболевания от 7 до 23 лет. Всем пациентам проведено следующее обследование:

1.микробиологическое исследование слизи из полости носа с идентификацией и подсчетом колоний бактериальной и грибковой флоры;

2.определение в сыворотке крови специфических антител класса E (IgE) к бактериальным и грибковым антигенам в реакции иммуноферментного анализа (ИФА);

3.исследование крови пациентов на наличие специфических антител (IgM, IgG) к антигенам *Chl. pneumoniae* в реакции иммуноферментного анализа (ИФА);

4. молекулярное типирование генов кластера адгезии стафилококков (определения генов *icaA* и *icaD*);

5.определение в крови количества эозинофилов и общего IgE для оценки фона общей сенсибилизации.

Результаты обследования. По данным микробиологического исследования слизи полости носа, у большинства пациентов (32 человек) высеян *Staphylococcus epidermidis* - у всех с колонизацией не менее 104 КОЕ/мл; *Streptococcus pyogenes* - у 12 пациентов (от 103 до 106 КОЕ/мл); *Staphylococcus aureus* - у 12 (от 102 до 105 КОЕ/мл); *Streptococcus pneumoniae* - у 11 (от 103 до 106 КОЕ/мл); *Klebsiella spp.* – у 3 (до 1:103 КОЕ/мл); *Corynebacterium spp.*- у 4 (до 1:102 КОЕ/мл); *E.coli* – у 7 (102 до 104 КОЕ/мл); *Moraxella catarrhalis*- у 3 (102 до 10 4 КОЕ/мл); *Pseudomonas aeruginosa*- у 9 (103 до 106 КОЕ/мл).

Учитывая превалирование *Staphylococcus epidermidis* (32 человека), принято решение провести молекулярное типирование штаммов данной группы пациентов. Из 32 штаммов *Staphylococcus epidermidis* ген *icaA* был обнаружен у 3 штаммов, а ген *icaD* – у 15 штаммов.

Обследование пациентов на сывороточные специфические IgE выявило наличие их к бактериальным антигенам (к 2-м и более) в высоком содержании (международные единицы оптической плотности - ОП/МЕ) - у 32 обследуемых. Еще чаще (у 36 пациентов) обнаружены специфические сывороточные IgE к грибковым (к 2-м и более) антигенам.

У 18 пациентов было выявлено одновременно повышенное содержание специфических IgE к грибковым и бактериальным антигенам. Из всей группы больных (48 человек) у 3 отсутствовали сывороточные антитела к патогенным и непатогенным антигенам.

В контрольной группе (15 практически здоровых лиц) – у 6-х IgE к бактериальным и грибковым антигенам отсутствовали, у остальных – были выявлены в небольшом содержании.

Анализ полученных результатов показал совпадение данных микробиологического исследования слизи носа с данными содержания специфических сывороточных IgE к бактериальным антигенам лишь у 14 пациентов.

Выводы.

1. Отсутствие совпадения спектра микробной флоры слизистой оболочки носа и спектра специфических антител к микробным антигенам в периферической крови обследуемых пациентов обусловлено внутриклеточным расположением микробов.

2. Наличие эозинофилии и повышенного содержания общего IgE в периферической крови можно расценивать как проявление микробной сенсибилизации, которая формирует хроническое эозинофильное воспаление в носу.

3. У больных хроническим полипозным риносинуситом имеется достаточно высокая степень выявления сывороточных специфических IgE к бактериальным и грибковым антигенам.

4. Выявление у больных с хроническим полипозным риносинуситом повышенного титра специфических IgE и обнаружение генов *icaA* и *icaD* к штаммам *S. epidermidis*, подтверждает значения эпидермального стафилококка в формировании биопленок при хронического полипозном риносинусите.

Список литературы

1. Волков А.Г., Трофименко С.Л. Клинические проявления вторичного иммунодефицита при заболеваниях ЛОР органов.// LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany.-2012.-190с.
- 2.Козлов Р.С. Проблема биопленок при ЛОР-патологиях. Эффективная фармакотерапия. //Спецвыпуск. Оториноларингология.- 2011.-С. 6-11.
3. Ланцов А.А. Эпидемиология полипозных риносинуситов./ А.А Ланцов, С.В. Рязанцев, Б.М Цецарский, В.И Кошель.// С-Петербург.-1999.-96с.
4. Пискунов Г.З. Полипоз носа и околоносовых пазух и его лечение// Российская ринология.-2003.- №2.-С. 10-13.
5. Рязанцев С.В., Марьяновский А.А. Полипозные риносинуситы: этиология, патогенез, клиника и современные методы лечения: Методические рекомендации.// СПб.: Политехника.- 2006.- 32с.
6. Bachert C. Staphylococcus aureus superantigen and airway disease/ C.Bachert , P. Gevaert, P. Cauwenberge// Curr. Allergy Astma ReP.-2002.-№2.- p. 252-258.
7. Cho S.H. Detection of the icaADBC gene cluster and biofilm formation in Staphylococcus epidermidis isolates from catheter-related urinary tract infections / S.H. Cho, [et. al.] // Int. J. Antim. Agen. – 2002. – Vol. 19, №6. – P. 570–575.
8. Diemond-Hernandez B. Production of icaADBC encoded polysaccharide intercellular adhesin and therapeutic failure in pediatric patients with staphylococcal device-related infections / B. Diemond-Hernandez, [et al.] // BMC Infect. Dis. – 2010. – №10. – P. 68–74.
9. Gevaert P. Differentiation between chronic sinusitis with and without nasal polyps based on cytokine profiles/ P. Gevaert// Российская ринология. - 2006- №2. – с. 32
10. Li M. Genetic polymorphism of the accessory gene regulator (agr) locus in Staphylococcus epidermidis and its association with pathogenicity / M. Li, [et. al.] J. of Med. Microb. – 2004. – №53. – P. 545–549.
11. Mladina R. Biofilm in nasal polyps / R. Mladina, G. Poje, K.Vukovi, M. Risti, S. Musi // Rhinology-2008.- V. 46.-№4.- P. 302-307.
12. Petrelli D. Analysis of meticillin-susceptible and meticillinresistant biofilm-forming Staphylococcus aureus from catheter infections isolated in a large Italian hospital / D. Petrelli, [et. al.] // J. of Med. Microb. – 2008. – №57. – P. 364–372.
13. Riechelma H. Origin of inflammation in chronic rhinosinusitis and nasal polyposis: microbiae, fungal or both / H.Riechelma // Российская ринология.- 2006.- №2.- с. 36.
14. Toledano Munoz A., Herraiz Puchol., Navas Molinero C., et al. Epidemiological study in patients with nasal polyposis // Acta Otorrinolaringol Esp .-2008.- Nov. №59(9).- p.438-43.

References

1. Volkov.A.G., Trofimenko S.L. Clinical manifestations of secondary immunodeficiency diseases of ENT organs.// LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany.-2012.-190s. (in Russia).
- 2.Kozlov R.S. The problem of biofilms in ENT pathologies. Effective pharmacotherapy. //A special edition. Otorhinolaryngology.- 2011.-S. 6-11.
3. Lancov A.A. Epidemiology of polypous rhinosinusitis./ A.A Lancov, S.V. Rjazancev, B.M Cecarskij, V.I Koshel'.// S-Peterburg.-1999.-96s. (in Russia)
4. Piskunov G.Z. Polyposis of nose and paranasal sinuses and its treatment// Russian rhinology.-2003.-№2.- S. 10-13. (in Russia)
5. Rjazancev S.V., Mar'janovskij A.A. Polypous rhinosinusitis: etiology, pathogenesis, clinic and modern methods of treatment: Methodical recommendations.// SPb.: Polytechnic.- 2006.- 32s. (in Russia).
6. Bachert C. Staphylococcus aureus superantigen and airway disease/ C.Bachert , P. Gevaert, P. Cauwenberge// Curr. Allergy Astma ReP.-2002.-№2.- p. 252-258.
7. Cho S.H. Detection of the icaADBC gene cluster and biofilm formation in Staphylococcus epidermidis isolates from catheter-related urinary tract infections / S.H. Cho, [et. al.] // Int. J. Antim. Agen. – 2002. – Vol. 19, №6. – P. 570–575.
8. Diemond-Hernandez B. Production of icaADBC encoded polysaccharide intercellular adhesin and therapeutic failure in pediatric patients with staphylococcal device-related infections / B. Diemond-Hernandez, [et al.] // BMC Infect. Dis. – 2010. – №10. – P. 68–74.

9. Gevaert P. Differentiation between chronic sinusitis with and without nasal polyps based on cytokine profiles/ P. Gevaert// Российская ринология. - 2006- №2. – с. 32
10. Li M. Genetic polymorphism of the accessory gene regulator (agr) locus in Staphylococcus epidermidis and its association with pathogenicity / M. Li, [et. al.] J. of Med. Microb. – 2004. – №53. – P. 545–549.
11. Mladina R. Biofilm in nasal polyps / R. Mladina, G. Poje, K.Vukovi, M. Risti, S. Musi // Rhinology-2008.- V. 46.-№4.- P. 302-307.
12. Petrelli D. Analysis of meticillin-susceptible and meticillinresistant biofilm-forming Staphylococcus aureus from catheter infections isolated in a large Italian hospital / D. Petrelli, [et. al.] // J. of Med. Microb. – 2008. – №57. – P. 364–372.
13. RiechelmaH H. Origin of inflammation in chronic rhinosinusitis and nasal polyposis: microbiae, fungal or both / H.RiechelmaH // Российская ринология.- 2006.- №2.- с. 36.
14. Toledano Munoz A., Herraiz Puchol., Navas Molinero C.,et al. Epidemiological study in patients with nasal polyposis // Acta Otorrinolaringol Esp .-2008.- Nov. №59(9).- p.438-43.

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)

ВОЗРАСТНАЯ КАТАРАКТА: ФАКТОРЫ РИСКА И КАТАРАКТОГЕНЕЗ

Костроминa Т. Ю.

ФБГОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарёва», г. Саранск

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире насчитывается 45 миллионов слепых и 135 миллионов человек с серьезными дефектами зрения. Число слепых и слабовидящих в России в среднем составляет 18,7 на 10 тысяч населения. Глазные заболевания, слабовидение и слепота приводят к значительным материальным расходам со стороны государства и пациентов, все более увеличивающимся в связи с большей продолжительностью жизни. В связи с напряженной эпидемиологической обстановкой ВОЗ и Международное агентство по предупреждению

слепоты в 1999 году разработало программу глобальной инициативы «Ликвидация устранимой слепоты в мире»: «Vision 2020 – Right to Sight».

Наиболее частой причиной устранимой слепоты в мире является помутнение хрусталика – катаракта, удельный вес которой, по данным ВОЗ, составляет 47 % от общего числа заболеваемости глаз. В структуре слепоты и слабовидения возрастная катаракта занимает одно из ведущих мест в мире. Катаракта повсеместно доминирует среди причин устранимой слепоты и инвалидности по зрению, и в силу своей большой распространенности рассматривается не только как одна из актуальных проблем офтальмологии, но и как важнейшая мировая медико-социальная проблема [6].

Развитие катаракты связывают с самыми разными факторами, к числу которых, в частности, относятся расовая принадлежность, характер питания, загрязнение окружающей среды (в том числе, солями тяжелых металлов), состав питьевой воды, курение, травматическое повреждение глаза и внутриглазное воспаление, патологические изменения микроэлементного состава хрусталика, применение лекарственных препаратов и преждевременное старение организма.

К одним из основных факторов риска относится внешнее воздействие среды на человека и нарушение здорового образа жизни. П. С. Решетова, П. А. Семенов, И. И. Соболева выделяют физические, ментальные и социальные факторы внешнего воздействия среды на человека. К физическим факторам, по их мнению, относятся экстремальные ситуации, температурные условия, загрязнение окружающей среды, недостаток отдыха. Ментальные факторы включают в себя различные страхи и переживания, материальные и профессиональные проблемы. Отношения в браке, взаимодействие с окружающими, смерть близких составляют социальные факторы. В свою очередь, приверженность здоровому образу жизни и хорошие функциональные резервы организма обеспечивают лучшее перенесение экстремальных условий и адаптацию к ним. Е. Л. Луценко и О. Е. Габелкова выделяют следующие факторы нарушения здорового поведения: злоупотребление алкоголем и курение, нарушения питания, низкий самоконтроль, эмоциональная некомпетентность, саморазрушительное поведение, погоня за модным имиджем. Таким образом, здоровый образ жизни определяется как поведение, направленное на сохранение и улучшение здоровья, основанное на соблюдении гигиенических правил и норм, включающих личную гигиену, рациональное питание, соблюдение режима труда и отдыха, занятие спортом, отказ от вредных привычек, развитый самоконтроль и стрессоустойчивость.

По мнению некоторых исследователей, катаракта обусловлена расовой принадлежностью и местом проживания. Относительно редко встречается катаракта у монголоидов Китая, Японии, Тибета и чаще наблюдается у жителей Филиппин, Малайзии, Бирмы. Е. В. Буханова при сравнении двух популяций (русские и тамилы) обнаружила в популяции последних превышение в 1,6 раза риска развития катаракты по сравнению с группой русских.

Помимо расовой принадлежности, имеется взаимосвязь катаракты и хронических соматических заболеваний. В работе М.И. Ковтуна приведены результаты медико-социального исследования больных катарактой, показывающие наиболее частую встречаемость у данных пациентов таких сопутствующих заболеваний, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и заболевания суставов. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца влияют на развитие и течение катаракты из-за нарушения обменных процессов при данных заболеваниях, так как снижение обмена веществ приводит к нарушению метаболизма хрусталика и является одной из причин развития катаракты.

Распространенность диабетической катаракты среди больных сахарным диабетом составляет 30,6%. При сахарном диабете первого типа это значение выше, чем при сахарном диабете второго типа, и находится в прямой зависимости от длительности сахарного диабета. При этом, диабетическая катаракта при сахарном диабете 1 типа чаще встречается у женщин, а при сахарном диабете 2 типа — у мужчин. Кроме того, у больных с диабетической катарактой распространенность инфаркта миокарда, артериальной гипертензии и нарушения мозгового кровообращения выше, чем у больных без диабетической катаракты.

Возрастное помутнение хрусталика рассматривается исследователями как проявление возрастного нейродистрофического процесса [5], обусловленного в некоторых случаях индивидуально высоким темпом старения организма [4]. Проведенные В. Н. Шабалиным, С. Н. Шатохиной и др. исследования показывают взаимосвязь возрастных изменений, происходящих в головном мозге и органе зрения. В основе таких патогенетических процессов, приводящих к нарушению прозрачности хрусталика и изменению гидродинамики глаза, лежат недостаточность кровоснабжения, ишемия, замена функционально активной ткани на инертную жировую [1]. Таким образом, возникновение катаракты взаимосвязано с патологическими процессами, происходящими в организме при хронической соматической патологии.

В литературе также имеются исследования факторов риска возникновения катаракты, связанных с нарушением питания. Недостаточное питание рассматривается как важный фактор риска катаракты. На сегодняшний день получены эпидемиологические доказательства того, что антиоксиданты являются питательными веществами, недостаток которых способствует развитию катаракты.

Китайские исследователи рассматривают лютеин и зеаксантин как вещества, предотвращающие многие глазные болезни, в том числе и возрастную катаракту. Являясь диетическими каротиноидами, содержащимися в темно-зеленых листовых овощах, оранжевых и желтых фруктах, они имеют физические свойства фильтрации синего света и защищают глаза от вызванного светом окислительного повреждения. Доказано, что умеренное их потребление снижает риск возникновения офтальмологической патологии.

Фактором риска развития возрастной катаракты может выступать стремление соответствовать модным стереотипам иметь соответствующую внешность. В большинстве случаев это характеризуется недостаточным питанием из-за следования диетам, а также употреблением анаболических стероидов. Но, учитывая тот факт, что большинство людей не являются хроническими потребителями стероидов, риск в данном случае незначителен. Он будет высоким лишь при длительном использовании стероидов. Таким образом, правильно подобранные пищевые стратегии могут значительно снижать риск развития офтальмологических заболеваний, а также предупреждать развитие катаракты.

По мнению зарубежных авторов, ионы кальция, цинка, свинца и калия участвуют в ионном обмене и могут изменять прозрачность хрусталика. Сдвиги в концентрации Ca, K, Mg, Na в тканях хрусталика играют определенную роль в катарактогенезе. Е. С. Тугаевой с соавторами (2009) у жителей Тулы и Тульской области с возрастной катарактой выявлено повышение концентрации Ca, Mg, Fe и снижение концентрации Mn в хрусталике. А. Л. Тумановой и З. Х.-М. Хашаевым (2001) выявлены множественные нарушения содержания микроэлементов у больных катарактами жителей Краснодарского края. При этом наблюдался дефицит хрома, селена, меди, цинка, магния, железа, калия, кальция, молибдена, ванадия, кобальта и избыток кальция, калия, железа, марганца, натрия, фосфора, кремния. У 61 % обследованных отмечен избыток токсичных металлов (алюминия, свинца, стронция). В другом исследовании среди 650 жителей Краснодарского края с ранее выявленной глазной патологией в 23 % случаев была обнаружена сопутствующая катаракта, при этом выявлены дефицит селена, цинка и фосфора и избыток кальция и свинца в организме [2]. А. А. Войновым и другими исследователями было выдвинуто предположение о прямолинейной связи между развитием возрастной катаракты и содержанием в питьевой воде кремния, соотношения кремния с фосфором, кремния с кальцием, кремния с магнием.

Ряд исследований свидетельствует о наличии взаимосвязи между курением и склерозом ядра хрусталика и отмечает способность содержащегося в табачном дыме кадмия и изоионата повреждать структуру хрусталика.

Многими отечественными и зарубежными авторами в нарушении прозрачности хрусталика первичной признаётся роль фотоокисления мембран его клеток под воздействием ультрафиолетового излучения. Подтверждением этому являются многочисленные эпидемиологические и экспериментально-клинические исследования [3, 7]. Ультрафиолетовый свет принимает активное участие в возникновении и развитии катаракты. Некоторые авторы отмечают, что кумулятивное воздействие УФ-лучей в течение всей жизни также может ассоциироваться с помутнением хрусталика. Процессы перекисного окисления в хрусталике могут вызывать и другие факторы, в первую очередь, ионизирующая радиация. Правда, ее роль, по мнению В. В. Вита, в процессах старения хрусталика менее очевидна, чем ультрафиолетовой энергии. В. И. Морхат и Д. М. Альшариф (2007) полагают, что в высокогорных районах катаракта возникает в более раннем возрасте (45-50 лет), преимущественно у жителей мужского пола, созревает быстрее, ядро хрусталика чаще имеет бурый плотный состав, больше в размерах и содержит меньшее количество фосфолипидов [8].

Таким образом, возрастная катаракта, несмотря на значительные достижения современной офтальмологии, не перестает оставаться проблемой вследствие значительной распространенности и высокой медико-социальной значимости. Являясь одной из самых частых причин устранимой слепоты, катаракта требует значительных материальных и технологических затрат для лечения. В силу этого представляются совершенно недостаточными научные исследования проблемы катаракты, в основном посвященные аспектам хирургического лечения. Работ по изучению факторов риска и причин прогрессирования возрастных катаракт мало, результаты отличаются разноречивостью, почти не учитываются региональные факторы как предикторы риска развития помутнений хрусталика. Это особенно актуально для России – страны, обладающей огромными пространствами и, в связи с этим, регионами,

значительно отличающимися не только народонаселением, но и климатогеографическими, метеорологическими и другими особенностями.

Список литературы

1. Буханова, Е. В. Оценка возрастных изменений хрусталика человека: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Буханова. – М., 2005. – 24 с.
2. Еременко, А. И. Роль микроэлементозов в этиопатогенезе заболеваний глаз / А. И. Еременко, А. Л. Туманова // Известия Южного федерального университета. Технические науки, 2001. – № 4. – С. 22.
3. Кишкун, А. А. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: руководство для врачей / А. А. Кишкун. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 703 с.
4. Комаровских Е.Н., Полапина А.А. Возрастная катаракта: эпидемиология, факторы риска, аспекты катарактогенеза (Постановка проблемы) // MEDICUS. – 2016. – № 2(8). – С. 66–70.
5. Корсакова Н.В., Сергеева В.Е. Возрастная катаракта: прикладное значение фундаментальных исследований // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 9. – С. 13–14.
6. Либман, Е. С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие катаракты в России / Е. С. Либман, В. П. Фокин // Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ: Российский межрегиональный симпозиум, 3-ий: Материалы. – М., 2006. – С. 40–42.
7. Мальцев, Э. В. Биологические особенности и заболевания хрусталика / Э. В. Мальцев, К. П. Павлюченко. – Одесса : Астропринт, 2002. – 447 с.
8. Южаков, А. М. Основные направления в ликвидации устранимой слепоты в Российской Федерации / А. М. Южаков // Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ. Материалы Российского межрегионального симпозиума. – М., 2003. – С. 27–31. ф

СЕКЦИЯ №12.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)

СЕКЦИЯ №13.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)

СЕКЦИЯ №14.

КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)

СЕКЦИЯ №15.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)

СЕКЦИЯ №16.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)

СЕКЦИЯ №17.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)

СЕКЦИЯ №18.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)

**СЕКЦИЯ №19.
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)**

**СЕКЦИЯ №20.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)**

**СЕКЦИЯ №21.
МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)**

**СЕКЦИЯ №22.
НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)**

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

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

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

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

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АВИА-МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ
В РОССИИ**

Гуменюк С.А., Загоруйченко А.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения
города Москвы» (г. Москва, Россия)

Резюме: В публикации ставятся актуальные вопросы развития авиамедицинских технологий в Российской Федерации, проанализированы действующие законодательные и нормативные правовые документы и современные литературные источники по опыту организации авиа-медицинской эвакуации в различных субъектах Российской Федерации.

Ключевые слова: авиа-медицинская эвакуация, санитарная авиация, территориальные центры медицины катастроф, вертолеты среднего и легкого классов

Развитие авиамедицинских технологий в различных субъектах Российской Федерации приобретает особую практическую значимость. Однако, огромной проблемой при организации данного вида медицинской помощи становится транспортировка пострадавших на воздушном судне, как в мирное, так и в военное время.

Анализ показал, что в режиме повседневной деятельности в 37 субъектах РФ медицинские организации (органы управления здравоохранением, территориальные центры медицины катастроф) арендуют авиационный транспорт у авиакомпаний различных форм собственности, которые в основном

находятся в Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах. Самолеты (24 ед.) применяются в 16 регионах, вертолеты (83 ед.) – в 34 регионах. [1,2].

В практике внедрения авиамедицинских технологий в различных субъектах РФ важное место занимает применение вертолетной техники. Так, в Воронежской области в 2011 году вертолёт МИ-2, эксплуатировавшийся центром медицины катастроф, не имел медицинского и реанимационного модуля и использовался 78 раз для доставки врачей в центральные районные больницы и для эвакуации и оказания помощи 91 больному. Вертолетная техника использовалась для скорой специализированной медицинской помощи больным с черепно-мозговыми травмами, полученными в результате ДТП в 52% случаев, а на вылет в составе бригады эндоскописта и хирурга для экстренной помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями приходилось 19% случаев [2,3].

В Ханты-Мансийском автономном округе в 2011 г. для выполнения санитарных заданий на территории Югры имелось более 150 оборудованных вертолетных площадок в населенных пунктах и на объектах экономики, в том числе 32 площадки вдоль и вблизи автомобильных дорог вне населенных пунктов, отвечающих нормативным требованиям. Привлекался и авиационный транспорт, который центр медицины катастроф арендовал у авиакомпаний. Ежегодно отделения санитарной авиации выполняют 150-180 эвакуаций пострадавших в ДТП в специализированные центры [4].

Следует подчеркнуть, что в Москве в режиме повседневной деятельности вертолет осуществляет полеты на административной территории города, а в режиме ЧС в любое место области или другой регион с учетом безопасного возвращения на базу при наличии соответствующих распоряжений мэра Москвы или Начальника ГУ МЧС РФ по городу Москве. При этом прибытие вертолета в любую точку Москвы после получения вызова составляет в среднем 7-11 минут, в Московскую область – 15-20 минут (кроме случаев задержки получения разрешения на вылет у соответствующих служб или при использовании в районе ЧС другой воздушной техники) [5].

При направлении на госпитализацию пострадавших при помощи медицинского вертолета используются 10 многопрофильных стационаров столичного региона, из них три детских (только по профилю травмы или заболевания). В Москве построено и оборудовано 6 вертолетных площадок на территориях городских больниц и 2 площадки на МКАД [5]. В тяжелом состоянии находились 65% пострадавших, а нарушения сознания различной степени были выявлены в 60% случаев. Работа вертолетной группы в условиях Москвы ограничена работой по принципу «светлое время суток», погодными условиями, получением разрешения на вылет у соответствующих служб, отзывом вертолета МАЦ, работой в зоне других воздушных судов, наличием запретных зон в Москве и Московской области, а также требованиями к месту временной посадки [5,6].

Основным поводом к вылету медицинского вертолета является ДТП на МКАД, крупных магистралях и магистралях, прилегающих к МКАД в Московской области. Также медицинский вертолет использовался для быстрой эвакуации тяжелых пострадавших по вызову бригад СМП. Имели место ситуации, при которых, учитывая транспортную загруженность дорог, вертолет совершал по 2 вылета с последующей транспортировкой пострадавших в стационары [5].

В настоящее время наиболее интенсивно развивающимися разделами научной и практической работы взрослой санитарной авиации Омской области стали неотложная помощь пациентам с тяжелой травмой грудной клетки, эндохирургия брюшной и грудной полостей, реконструктивные операции на органах брюшной полости, хирургия и интенсивная терапия сепсиса и перитонита, острые гематогенные остеомиелиты. Специалистами санитарной авиации внедрены алгоритмы оказания помощи беременным с осложнением беременности и родов, включающие бригадный подход к лечению этой группы пациентов. В настоящее время, внедрены и широко используются такие современные подходы к лечению пациентов с кардиологической патологией как Эхо-КГ, электрокардиостимуляция, лечение сложных нарушений ритма. В Омской детской санитарной авиации используются машины высокого класса МИ-8, которые оснащены комплексом современного оборудования, благодаря чему транспортировка детей любого возраста обеспечена на высоком технологическом уровне [6].

Таким образом, можно сделать вывод, что к основным направлениям совершенствования и развития авиамедицинских технологий относятся: 1) строительство вертолетных площадок вблизи городских, областных и районных больниц; 2) тиражирование наличного опыта организации санитарно-авиационной помощи в регионах, обучение и совершенствование диспетчерской службы; 3) использование в регионах «легких» и среднего класса вертолетов, оборудованных реанимационными модулями; 4) привлечение дополнительного воздушного транспорта с учетом договоренности с авиакомпаниями [2].

Список литературы

1. Топорков М.Г., Лучников Э.А. Авиа-медицинская эвакуация в отечественных и зарубежных силовых структурах в военных конфликтах и в мирное время»// Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях.2012. № 2. С.29-38.
2. Гулин А.Н., С.Ф. Гончаров С.Ф., Гармаш О.А., Мотина Н.А. Пути развития системы экстренной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации) в Российской Федерации»// Медицина катастроф. 2012. № 3, С. 41- 44.
3. Банин И. Н., Осыковский А.В., Балабаев Г.А. Опыт использования и перспективы применения вертолетов в санитарной авиации Воронежской области» // Материалы межведомственной научно-практической конференции «Санитарная авиация России и медицинская эвакуация». – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2012. С. 13- 15.
4. Громут А.А., Федько Р.В., Ульянов А.А. Санитарно-авиационная эвакуация пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях на территории Ханты-Мансийского округа- Югры» // Медицина катастроф. 2014. № 2, С. 39- 40.
5. Махнев В.Г., Иванчин Д.В. Применение вертолетной техники в системе экстренной медицинской помощи города Москвы// Материалы межведомственной научно-практической конференции «Санитарная авиация России и медицинская эвакуация». Тверь: ООО «Изд-во «Триада», 2012. С.. 44-46.
6. Самбрат П.А., Дырул А.К., Кологреев В.А., Чернышев А.К. Опыт использования вертолетной медицинской эвакуации детей в Омской области// Материалы межведомственной научно-практической конференции «Санитарная авиация России и медицинская эвакуация». – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2012. С.55-56.

К ВОПРОСУ О РЕФОРМАХ В ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СТОЛИЧНОМ РЕГИОНЕ

Значкова Е.А., Гришина Н.К., Гриднев О.В., Загоруйченко А.А.

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

Резюме: В публикации представлены некоторые результаты проводимых реформ первичной медико-санитарной помощи в г. Москве, в частности, подробно описана новая организационная форма оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам старших возрастных групп в оценке ее эффективности.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, новая организационная форма, оценка эффективности

Существующая устойчивая тенденция увеличения в г. Москве численности лиц старших возрастных групп, обремененных множественными хроническими заболеваниями, требует соответствующего увеличения объемов оказываемой им медицинской помощи, что в условиях имеющегося дефицита кадровых ресурсов обуславливает необходимость внесения соответствующих изменений в действующую систему первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Комплекс проведенных нами социологических исследований с помощью различных инструментов (интернет-опросы, анкетирование, интервьюирование) позволил выявить, что ожидания лиц от 60 лет и старше имеют свои особенности, связанные с состоянием их здоровья, восприятием организации работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в современных условиях, и их отношением к проводимым реформам ПМСП.

Так, например, было выявлено, что население старших возрастных групп более настороженно настроено относительно любых нововведений по сравнению с лицами трудоспособного возраста.

На момент проведения опроса (2016-2017 гг.) 44% лиц старших возрастных групп, по-прежнему, были не готовы воспринимать электронную форму записи на прием к врачу поликлиники и считали ее неудобной в связи с тем, что она для них не очень понятна (19 на 100 опрошенных), работает медленно и с техническими сбоями (19), трудно записаться к нужному специалисту в удобное для пациента время (30).

Большинство респондентов (73%) отмечали, что происходящие реформы способствовали тому, что в районных поликлиниках не всегда можно обратиться к «нужному» врачу-специалисту ввиду его отсутствия, что влечет за собой определенные неудобства (необходимость дополнительных посещений врача-терапевта или заведующего отделением с целью получения направления, временные затраты на дорогу в другую поликлинику и др.).

Эти пациенты указали, что часто не учитывались их ожидания, не учитывались особенности состояния их здоровья, которые требуют гораздо большего внимания, времени, уделяемого им на прием, возможности большего контакта с медицинскими работниками, совместного взаимодействия пациентов и врачей.

По мнению почти 70% пациентов старше 60 лет лечащий врач недостаточно внимательно относится к их проблемам. Среди респондентов 52 на 100 опрошенных не удовлетворены количеством времени, уделяемого им врачом-терапевтом, его морально-этическими качествами, профессионализмом и др.

Лишь с каждым пятым респондентом врач поликлиники согласовывал тактику лечения. В тоже время эти пациенты испытывают приверженность к лечению у одного постоянного врача, и в случае отсутствия по различным причинам записи к нему, ожидают ее и отказываются обращаться к другому врачу-терапевту.

Учитывая медико-социальную и экономическую значимость данной проблемы для повышения качества и улучшения доступности медицинской помощи данному контингенту лиц, Департаментом здравоохранения г. Москвы была разработана «Программа ведения пациентов пожилого и старческого возраста с множественными хроническими заболеваниями» (далее - Программа), которая предусматривает изменение некоторых подходов к оказанию им первичной медико-санитарной помощи.

В рамках данной Программы было предусмотрено формирование специальных участков из расчета 500 пациентов, на которых работают специально подготовленные врачи широкого профиля; увеличенная продолжительность приемов (40 мин. на первичный и 20 мин. на повторный), что естественно имеет большое значение для такого контингента; использование специально разработанных клинических алгоритмов ведения данного контингента лиц.

Принципиально важным аспектом Программы, является так называемый проактивный подход к ведению пациентов. Акцент в Программе делается на том, что врач или медицинская сестра должны самостоятельно связываться с пациентом и быть в курсе его состояния и выполнения рекомендаций, а пациент может, в случае необходимости, связаться с врачом. Для этого налажена обратная телефонная связь с пациентами, т.е. наиболее удобная для лиц этого возраста.

В рамках подготовки данной Программы были привлечены пациенты от 60 лет и старше, страдающие несколькими хроническими заболеваниями из определенного списка диагнозов: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая ишемия мозга в результате перенесенного инсульта, сахарный диабет II типа, бронхиальная астма, ХОБЛ, мобильные и согласные на выполнение условий, определенных данной Программой. К таким условиям отнесены: регулярное посещение лечащего врача, ведение дневника по контролю за артериальным давлением, уровнем сахара крови, выполнение рекомендаций по питанию, физической нагрузке, приверженности к лечению, определенных в индивидуальном плане ведения пациента и другие.

Анализ, проведенный на базе поликлиник г. Москвы, показал, что заболевания, включенные в перечень Программы, составляют основную долю (более 70%) обращений в поликлинику среди пациентов пожилого и старческого возраста. В частности, наиболее часто пациенты в возрасте 60 лет и старше обращаются по поводу ишемической болезни сердца (от 34% до 65% обращений по разным поликлиникам) и артериальной гипертензии (от 26% до 51% обращений).

На основе анализа фотохронометражных наблюдений за деятельностью врачей-терапевтов, участвующих в данной Программе, нами определены необходимые затраты рабочего времени на «оптимальный прием» и рассчитана необходимая численность врачей-терапевтов для ведения пациентов пожилого и старческого возраста в г. Москве, что было учтено и реализовано в процессе внедрения данной новой организационной формы.

Эффективность функционирования Программы оценивалась нами по трем составляющим (медицинской, социальной и экономической).

В соответствии с нашими расчетами общие затраты времени на первичное посещение составляют в среднем 53 мин. Следует отметить, что затраты времени на основную деятельность при повторном посещении пациентом врача-терапевта, участвующего в Программе, почти в 4 раза превышают затраты

времени на основную деятельность на приеме у врача-терапевта участкового: 24 мин. и 6 мин. соответственно. Такая разница во временных затратах обусловлена, прежде всего, более тщательным проведением общего осмотра пациента.

Программа прошла апробацию последовательно на базе одного, трёх и, затем, восьми амбулаторных центров г. Москвы. С апреля 2017 года она внедрена во всех поликлиниках, в неё привлечено более 200 тыс. пациентов, а число врачей, участвующих в Программе, увеличено до 412.

Полученные первые результаты в целом свидетельствуют об ее эффективности (медицинской, социальной и экономической), выражающейся в повышении удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью (с 65% до 94%), улучшении состояния их здоровья, повышении мотивации к сохранению своего здоровья, снижении числа госпитализаций и вызовов бригад скорой медицинской помощи (на 9% по сравнению с пациентами, не участвующими в проекте), вызовов врача на дом (на 60%), обращений к врачам-специалистам (на 18%).

Проведенные расчеты позволяют прогнозировать ожидаемый общий эффект при развертывании Программы во всех поликлиниках г.Москвы, который в ценах 2015 г. может составить 0,7 млрд. руб. в год, ожидаемый чистый эффект – 0,4 млрд. руб. в год, ожидаемый общий эффект на 1 руб. затрат – 2,33 руб.

Функционирующую в столичном регионе новую организационную форму оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам пожилого и старческого возраста, страдающим множественными хроническими заболеваниями рекомендуется использовать в российском здравоохранении.

Список литературы

1. Гриднев О.В. Научное обоснование повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве: Автореф. дис. ... д-ра.мед. наук. – М., 2015. – 48 с.
2. Дьячкова А.С. Совершенствование обеспечения и организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослому городскому населению: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2014. – 26 с.
3. Гриднев О.В., Загоруйченко А.А. Доступность организации первичной медико-санитарной помощи в период реформирования амбулаторно- поликлинических учреждений столичного региона// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2015. - №2.- С.13-15.
4. Улумбекова Г.Э. Научное обоснование направлений развития здравоохранения РФ на среднесрочный период: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2013. – 24 с.
5. Щепин В.О. Лечебно-профилактическая помощь населению РФ: ресурсы обеспечения и основные показатели деятельности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - №7. - с. 3- 6.
6. Harrold, L., Field, T., &Gurwitz, J. (1999). Knowledge, Patterns of Care, and Outcomes of Care for Generalists and Specialists.Journal of General Internal Medicine, n.14, pp. 499–501.

СОВРЕМЕННЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Позднякова М.А., Красильникова О.Н.

(Позднякова М.А. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой профилактической медицины ф-та повышения квалификации врачей ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России; **Красильникова О.Н.** – заочный аспирант кафедры профилактической медицины факультета повышения квалификации врачей ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава)
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России,
Россия, г. Нижний Новгород

Изучение медико-социального портрета пациента позволяет оценить медицинские возможности и социальную востребованность косметологических услуг в клинике. Анализ опроса пациентов, обращающихся за косметологической помощью, с изучением условий и образа их жизни, позволяет выявить

основные неблагоприятные факторы, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие на состояние кожи, факторы риска, формирующие косметические дефекты [1,2,3].

Для улучшения качества жизни и социальной активности современной женщины необходим постоянный анализ современных эстетических тенденций в зависимости от возрастной категории на основе изучения причин обращаемости в клиники эстетической медицины [4]. Анализ «субъекта» воздействия, т.е. женщин, которые обращаются к косметологу, позволяет работать на «опережение» и является актуальной проблемой [1].

Цель исследования: изучить медико-социальный современный портрет пациента косметологического профиля, определить отличительные особенности в возрастных группах, наиболее часто использующих БТА.

Материал и методы. Проведено анкетирование 130 женщин, обратившихся в течение года в областную косметологическую поликлинику г. Н.Новгород. Около половины из них составили женщины до 40 лет (21,6% -18-29 лет; 26,9% - 30-39 лет); 22,3% пришлось на долю женщин 40-49 лет; 17,7% - 50-59 лет; 11,5% - 60 лет и старше. Из общего числа обследованных 87,6% были жители областного центра, 7,8% - районных центров области; 4,6% - жители из другой местности. Последний показатель был наиболее высок(6,7%) в возрастной группе 60-69 лет. Респонденты по окончании получения медицинской помощи ответили на анкету, включающую 63 вопроса с предоставленными 231 признаками. Основное внимание уделялось анализу социального статуса пациентов с учетом возраста, образа жизни, состояния здоровья, состояния кожи респондента, применению косметических средств, оказанной косметологической помощи. Предпринята попытка поиска различия в двух возрастных группах, 30-39 лет и 40-49лет, как наиболее часто обращающихся по вопросу ботулинокоррекции возрастных изменений кожи лица.

Для описания качественных данных использовали расчет относительных показателей (Р, в %) и их ошибок (m) в виде $P \pm m$. Представление количественных признаков приводили в виде $M \pm m$, где М – среднее арифметическое, m – ошибка среднего. В случае качественных данных одновременное сравнение всех возрастных групп по отдельному признаку проводили на основе критерия Хи-квадрат с поправкой правдоподобия, для попарного сравнения возрастных групп использовали точный критерий Фишера. Для одновременного сравнения групп при количественных признаках использовали критерий Краскела-Уоллиса, при парном сравнении – критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты

Облик современной женщины косметологического профиля характеризуют следующие основные показатели:

1.это женщины в возрасте 30-49лет (30-39лет - 26,9%, 40-49лет – 22,3%);2.проживающие в областном центре (87,6%);3.с высшим образованием(82,9%), различия в образовании в зависимости от возрастных групп имеют статистическую значимость ($p=0,001$);4.состоящие в браке (56,9%), различия в семейном статусе в зависимости от возрастных групп имеют статистическую значимость ($p=0,006$);5.имеющие детей (68,5%) (у 36,2% - один ребенок; у 27,6% - двое детей; у 4,7% - трое и более), различия по наличию детей в зависимости от возрастных групп имеют статистическую значимость ($p < 0,001$);6.работающие по найму (55,9%), различия в социальном положении в зависимости от возрастных групп имеют статистическую значимость($p < 0,001$);7.с среднемесячным доходом на одного члена семьи у 25,2% - 21 - 30 тыс. руб. у каждой четвертой (25,2%) - более 30 тыс. рублей;

8.преодолевающие пешком расстояние менее 5 км - 68,5%, различия по преодолеваемому расстоянию в зависимости от возрастных групп имеют статистическую значимость($p=0,012$);9.ежегодно и чаще отдыхающие в жарких странах или на юге России-47,3%, различия в отдыхе в зависимости от возрастных групп имеют статистическую значимость($p < 0,001$); 10.имеющие сбалансированное питание - 42,3%.

При оказании косметологической помощи необходимо учитывать показатели состояния здоровья женщин:

1.наличие соматической хронической патологии у30,5% женщин (различие в зависимости от возрастных групп имеет статистическую значимость, $p=0,004$); перенесенные операции в анамнезе у37,2% ($p=0,040$); 2. расстройства сна у 22,2% респондентов; доля лиц с повышенным артериальным давлением - 19,4%, достоверно увеличиваясь с возрастом от 2,9% до 66,7% ($p < 0,001$); 3. повышенный уровень холестерина у 8,6% женщин, достоверно увеличиваясь с возрастом с 3,6% до 33,3% ($p=0,046$); 4. наличие сахарного диабета у 20,0% женщин в возрасте 60 – 69 лет, у 16,5% - гинекологических и урологических заболеваний(различие в зависимости от возрастных групп имеет статистическую значимость, $p=0,041$); 5.

под диспансерным наблюдением состоят 8,5% анкетированных женщин. Этот показатель достоверно увеличивается с возрастом от 0% до 26,7% ($p=0,014$).

Косметические средства и косметологическая помощь глазами пациента:

1. не используют домашние средства ухода за кожей 26,2% опрошенных женщин. Гелем для умывания пользовались 60,8% женщин (различия в использовании косметических средств в зависимости от возрастных групп имеют статистическую значимость – $p<0,001$); 2. у значительной части опрошенных (31,5%) в анамнезе имели место аллергические реакции на косметические средства. Считали свою кожу чувствительной к ультрафиолету 37,5% респондентов; 32,1% женщин от 18 до 29 лет; 34,3% - 30-39 лет; 37,9% - 40-49 лет; 50,0% - 50 – 59 лет ($p=0,017$); 3. регулярно (не реже одного раза в год) посещают врача-косметолога 56,7% опрошенных, причем в возрасте 18-29 лет – 63,0%; 30-39 лет – 74,3%. При этом 34,9% женщин имеют своего постоянного врача-косметолога (различия в зависимости от возрастных групп имеют статистическую значимость – $p<0,001$).

На вопрос об удовлетворенности проведенным лечением из 130 респондентов 2не ответили на этот вопрос, остальные были удовлетворены. Высшую оценку 10 баллов поставили 75,0% пациентов и все обратившиеся готовы рекомендовать данное учреждение друзьям и знакомым.

Обращение на ботулинокоррекцию отмечено у 12,3% женщин, в возрасте 30-39 лет - 20,0%, 40-49 лет - 17,2%. Рассматривая эти две возрастные группы (30-39 лет – 2 возрастная группа и 40-49 лет – третья возрастная группа) необходимо отметить следующие значимые отличия:

1. высшее образование - 100% во 2 группе против 57,1±9,4% в 3 группе ($p<0,001$); 2. отсутствие детей во 2 возрастной группе - 40,0±8,3% против 10,3±5,7% в третьей ($p=0,017$); 3. сбалансированное питание – 57,1±8,4% во 2 группе и 24,1±7,9% в третьей ($p=0,011$); 4. наличие гинекологических/урологических заболеваний соответственно 5,9±4,0% и 28,6±8,5% ($p=0,038$); 5. использование для умывания мыла 2,9±2,8% во 2 группе против 24,1±7,9% в третьей ($p=0,029$); 6. использование геля для умывания 88,6±5,4% во 2 группе против 58,6±9,1% в третьей ($p=0,014$).

Других значительных особенностей в данных возрастных группах не выявлено.

Заключение

Представленные данные характеризуют современный социальный портрет пациентов косметологического профиля, который может быть использован в практике врача косметологической клиники для улучшения качества жизни и социальной активности современной женщины.

Список литературы

1. Борисевич, И.В. Маркетинговое изучение рынка косметологических услуг в условиях крупного города : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33; 14.00.11 / И.В. Борисевич. – СПб., 2006. – 157 с.
2. Рахимуллина, О.А. Медицинские возможности и социальная востребованность новых методов косметологической практики (на примере исследований применения ботулинического токсина типа А) : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.52 / О.А. Рахимуллина. – Волгоград, 2009. – 28 с.
3. Филиппова, Л.И. Медико-социальные проблемы организации косметологической помощи населению на региональном уровне (на примере Нижегородской области) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Л.И. Филиппова. – Иваново, 2004. – 21 с.
4. Корневская, А.Я. Принципы формирования облика современной женщины. Обусловленность выбора коррекции в зависимости от возрастной категории и современных эстетических тенденций / А.Я. Корневская // Метаморфозы. – 2017. - №20. – С.4-9.

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)**

**ОПЫТ РАБОТЫ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ
В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

Кущёва Н.С., Оленченкова Д.М.

ОГБУЗ «Старооскольская центральная районная больница», г. Старый Оскол

В настоящее время перед психиатрическими службами стоит задача расширения рамок традиционной медицинской модели. Ранее существовавшая модель участковый психиатр - стационар, с присущим ей монопрофессиональным подходом, уже не отвечает современным требованиям оказания психиатрической помощи. Современная помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, должна оказываться в виде полифункциональной бригадной формы обслуживания пациентов. Такой подход соответствует основной концепции реформирования российской психиатрии, которая связана с переходом от чисто медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальному подходу, в котором внимание уделяется не только клиническим, но и психологическим, социальным, личностным факторам в их взаимосвязи. Полифункциональный подход характеризуется возможностью наиболее координированного и оперативного решения актуальных проблем психического здоровья каждого конкретного человека. Поэтому доля пациентов, охваченных бригадной формой работы, является важнейшим целевым показателем современной работы психиатрической службы, входит в число основных задач долгосрочной региональной программы ВОЗ в области охраны психического здоровья.

Психиатрическое отделение ОГБУЗ «Старооскольская ЦРБ» - единственная служба, оказывающая стационарную психиатрическую помощь в Старооскольском городском округе Белгородской области. С 1996г. отделение функционировало на 50 коек, в результате реформирования в настоящее время коечный фонд составляет 20 коек. В отделении созданы и поддерживаются хорошие условия для оказания пациентам специализированной стационарной психиатрической помощи.

В своей работе сотрудники придерживаются принципа снижения стигматизации больных, поэтому стараются приблизить условия лечения в психиатрическом отделении к обычным больницам. В отделении имеется комната отдыха, библиотека. Правила внутреннего распорядка для больных и посетителей основываются на принципах партнерства, взаимопомощи, соблюдения прав и свобод человека, чтобы психиатрическое отделение рассматривалось как место не изоляции больного, а временного пребывания с целью лечения. Палаты рассчитаны не более чем на 1-3 человека.

В состав полипрофессиональной бригады психиатрического отделения ОГБУЗ «Старооскольская ЦРБ», введенной в учреждении в 2009г., входит врач-психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, медицинская сестра, социальный работник и инструктор по трудотерапии (рис.1).

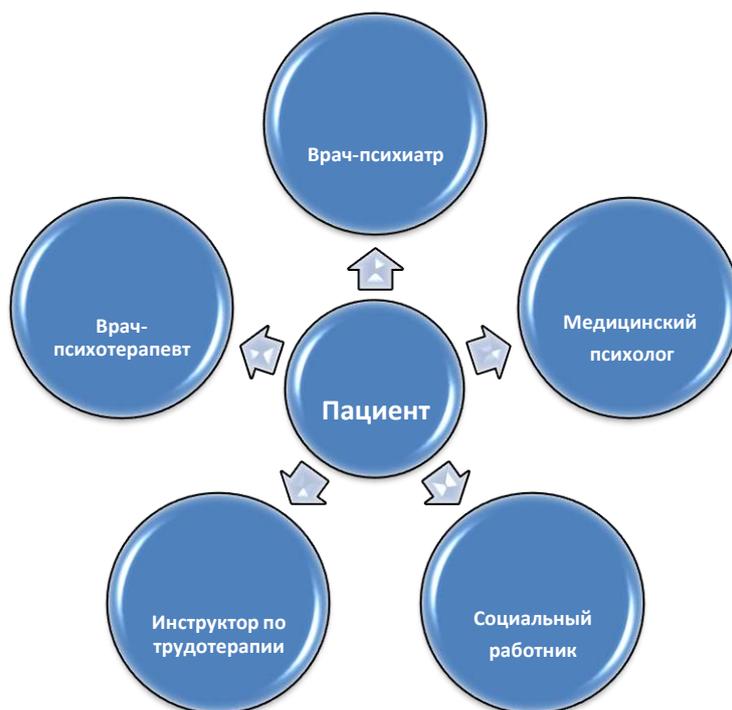


Рис.1 Состав полифункциональной бригады.

При обсуждении пациента каждым членом бригады с позиции своей специальности, предлагаются разные точки зрения на его проблемы и их актуальность в данный момент, обосновываются потребности во вмешательстве. На разных этапах лечения и реабилитации в зависимости от имеющейся проблемы ведущую роль играет один из специалистов бригады. Координирует деятельность специалистов лечащий врач.

Медикаментозное лечение назначается врачами-психиатрами.

Врача-психиатра в терапии обязательно сопровождает медицинский психолог. Медицинскими психологами по направлению лечащего врача проводится психодиагностическая, индивидуальная и групповая психокоррекционная работа, направленная на коррекцию отклонений в развитии личности больного, выявление условий, способствующих формированию этих отклонений, психодиагностические исследования с широким набором патопсихологических методик.

Кроме того, в работе участвует социальный работник, который собирает информацию о трудоустройстве и семейном положении каждого больного и проводит целенаправленное консультирование с целью решения имеющихся адаптационных проблем.

Большинство пациентов в отделении получают психотерапевтическую помощь. Сюда включается несколько индивидуальных сеансов психодинамической терапии (по 45 минут каждый), два групповых занятия (по полтора часа каждое) в динамическом или интеракционно-коммуникативном поддерживающем варианте. Посещение занятий добровольное, но медицинский персонал активно приглашает пациентов.

Средний срок участия пациентов в занятиях составляет 1-1,5 месяца. Практически все пациенты получают 1-3 сеанса арт-терапии. Занятия проводятся 2 раза в неделю, в фиксированные дни. Группы обычно состоят из 4-8 человек, что обусловлено спецификой патологии, сроками пребывания и степенью доверия пациентов.

Показания к арт-терапии значительно шире других техник психотерапии, что во многом определено не только многообразием возможностей применения, но и отсутствием серьезных ограничений и противопоказаний. Арт-терапия успешно применяется как при тяжелых эндогенных психических расстройствах (шизофрения и маниакально-депрессивный психоз), так и особенно эффективна при невротических состояниях.

Основными задачами при работе с пациентами с пограничными нервно-психическими расстройствами являются: ослабление психопатологических проявлений (астенических, депрессивных, тревожных и других расстройств пограничного уровня) и гармонизация внутриличностных и

интерперсональных отношений пациентов с достижением ими более высокого уровня психосоциальной адаптации.

Арт-терапия пациентов с эндогенными психическими заболеваниями направлена на стабилизацию психического состояния, их адаптацию к условиям психиатрического стационара, снижение эмоционального напряжения, установление положительного контакта с окружающими, формирование критического отношения к болезненным проявлениям, положительной установки к медикаментозному лечению.

В арт-терапевтической работе применяем метод рисования, лепки, декоративно-прикладное творчество (декупаж, мозаика, квиллинг и др.). На занятиях используются различные материалы – карандаши, краски, мелки, цветная бумага, пластилин.

Арт-терапевтическая работа в большинстве случаев вызывает у пациентов положительные эмоции, помогает им даже при выраженных изменениях личности преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию, эмоционально-ценностное принятие партнеров и сплоченность их в группу.

Также практикуем поддерживающую форму арт-терапии, когда пациенты посещают группу после выписки из стационара.

Пассивная музыкотерапия – еще один вид работы в нашем отделении, проявляющийся в виде совместного прослушивания музыки, музыкального реагирования (прослушивание музыки, направленное на достижение катарсиса), музыкальной регуляции (направленной на снижение нервно-психического напряжения). Во время сеанса пассивной музыкотерапии помимо музыки используем гипноз, аутотренинг, дыхательные упражнения.

Большое внимание уделяется трудотерапии: общению пациентов с «живым» материалом, например, уходу за цветами, пациенты с удовольствием сажают цветы в стационаре, участвуют в ландшафтных работах на территории, прикрепленной к зданию отделения. На территории учреждения лавочки и беседка выполнены руками пациентов.

Совместная и индивидуальная творческая работа, создание своими руками различных предметов дают мощный заряд позитивной энергии, вселяют в пациентов чувство уверенности в своих силах, ощущение собственной значимости. Данные занятия гармонично вписываются в лечебно-реабилитационный процесс. У пациентов, участвующих в реабилитационных мероприятиях, особенно в арт-занятиях, отмечается улучшение коммуникативных и когнитивных функций, выявляется снижение уровня враждебности. В целом, можно сказать, что происходит улучшение социальной адаптации пациентов и повышение качества их жизни.

Некоторые пациенты получают от одного до 10 сеансов семейной психотерапии с участием членов семьи (в зависимости от показаний). Такая комплексная работа позволяет охватить практически все психологические мишени, выделяемые при том или ином диагнозе, включая семейный и социальный контекст.

Важную роль отводим в работе образовательным программам с родственниками – специальным занятиям, направленным на факт принятия семьей и близким окружением заболевания и его психосоциальных последствий. На первом этапе членам семьи и окружающим близким необходима помощь в совладании со стрессом по типу кризисной психотерапии. Затем проводится работа по принятию установок, что улучшение состояния связано с принимаемым лечением; во-вторых, понимания биологической сущности заболевания. У родственников формируется правильное отношение к проявлениям психического расстройства и его терапии.

Такая структура лечебного процесса требует постоянной координации усилий всех его участников. С этой целью все специалисты (врачи, психолог, социальный работник) собираются 2 раза в неделю в определенные дни и часы для совещания, на котором сообщают информацию о ходе работы с каждым больным. Это позволяет выработать совместные программы лечения, дает важную новую информацию каждому из участников лечебного процесса.

Доля пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в психиатрическом отделении ЦРБ составила в 2017г.- 73%, в 2016 году 45,3% , в 2015 году - 44,0%. Комплексная работа позволила с 2009г. уменьшить средний срок пребывания в стационаре до 33 койко – дней, сократить число повторных госпитализаций до 13%. Статические показатели отражают рост объема амбулаторной медицинской помощи. Акцент на росте объема амбулаторной медицинской помощи поможет

предотвратить развитие госпитализма у больных, более качественному, селективному лечению тяжелых больных, подлежащих терапии в стационаре.

Таким образом, разработка комплексной программы психосоциального лечения и реабилитации через внедрение полифункционального подхода в лечении психически больных служит улучшению качества оказываемой психиатрической помощи, ресоциализации, повышению качества жизни и социального функционирования различных контингентов госпитальных больных с психическими расстройствами и членов их семей.

Список литературы

1. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения : материалы научно-практической конференции. — М., 2005. — 102 с.
2. Кабанов М. М. В кн.: Реабилитация психически больных. — Л., 1971. — С. 11— 17.
Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь. Методические рекомендации / под ред. А.Б Холмогоровой и др. — Санкт–Петербург : 2014г. — 24 с.
3. Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты / сост. Н. М. Залуцкая ; под общ.ред. Н. Г. Незнанова. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 600 с.
4. Психотерапия при нервных и психических заболеваниях / под ред. Б. Д. Карвасарского и др. // Труды института им. В. М. Бехтерева. — Л., 1973. — Т. 66.
5. «Скажем изоляции –нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара: Организационно-методическое пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / В.С. Ястребов и др. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 88 с.

СЕКЦИЯ №33.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)

СЕКЦИЯ №34.

РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)

СЕКЦИЯ №35.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)

СЕКЦИЯ №36.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)

СЕКЦИЯ №37.

СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПОЛОСТИ РТА И АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В РАБОТЕ СТОМАТОЛОГА

Белалов С.Р., Белалова Л.Я., Салиева З.С.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, профилактика, врожденные пороки сердца, стоматология.

Введение

Инфекционный эндокардит (ИЭ) актуальная проблема современной медицины. Заболеваемость ИЭ различна согласно разным источникам. По данным Европейского общества кардиологов (ЕОК) 2015 года ИЭ в среднем составляет 3-10 случаев на 100000 человек в год [1]. Шевченко Ю.Л., Хубулава Г.Г., Шихвердиев Н.Н., Матвеев С.А. (клиника хирургии усовершенствования врачей имени П.А. Куприянова военно-медицинской академии), ссылаясь на данные эпидемиологических исследований в США и Европе указывают, что ИЭ составляет в этих странах 17-25 случаев на 1 миллион жителей в год, в то время как в России ИЭ встречается в 2-2,5 раза чаще. В отличие от взрослых ИЭ у детей и подростков является редким заболеванием и составляет 3,0–4,3 случая на 1 миллион населения в год, еще реже ИЭ встречается у новорожденных [3]. В то же время современный ИЭ среди всех возрастных групп характеризуется непрерывным ростом, что обусловлено увеличением числа хирургической коррекции при врожденных пороках сердца (ВПС), расширением спектра инвазивных диагностических и лечебных медицинских манипуляций, распространением наркомании. Однако обновленные рекомендации ЕОК декларируют ограничение антибиотикопрофилактики (АБП) ИЭ, предусматривая ее только у пациентов с наивысшим риском [1, 4]. Согласно рекомендациям Американской ассоциации сердца 2007 года, ЕОК 2009 года АБП ИЭ необходимо проводить только пациентам, относящимся к группе наиболее высокого риска, к которым относят больных с протезированными клапанами (ПК), с эпизодом перенесенного ИЭ и пациентам с «синими» ВПС и с «не синими» ВПС с ПК, с имплантацией протезного материала или устройств открытым или эндоваскулярным способом [2, 5]. Подробный перечень ВПС, подлежащих АБП ИЭ приводится в клинических рекомендациях по ведению детей с ВПС, под редакцией Л.А. Бокерия (Москва, 2013 года). В них также указаны пациенты с оперированными ВПС с остаточным дефектом в области имплантации плохо эндотелизируемой заплаты или устройства. В то же время подчеркивается, что пациенты с некоррегированными дефектами межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытым артериальным протоком, двустворчатым аортальным (Ао) клапаном со стенозом или недостаточностью имеют склонность к развитию ИЭ. Пациенты, которым проведены паллиативные (создание системно-легочного анастомоза, реконструктивные операции с использованием кондуитов) составляют основную группу риска развития ИЭ. При естественном течение таких ВПС, как Ао-стеноз, стеноз легочной артерии (ЛА) в популяции установлена склонность к развитию ИЭ, которая усиливается при недостаточности Ао клапана у детей с данными ВПС, а также у детей с коррегированными и некоррегированными ДМЖП [2]. Во всех рекомендациях подчеркивается важность гигиенических мероприятий, особенно ротовой полости и кожных покровов в независимости от степени риска развития ИЭ. Увеличение частоты случаев ИЭ во всех странах обуславливает необходимость дальнейшего изучения вопросов профилактики ИЭ [2, 6].

Цель исследования

Оценка общего состояния и микробиоценоза полости рта у детей с различными ВПС, как фактора способствующего развитию ИЭ.

Материалы и методы

Нами обследованы 46 детей с различными ВПС находящихся на этапе стационарного лечения в ГБУЗ РК «РДКБ». Все дети осмотрены стоматологом и отоларингологом. Мальчиков в нашем исследовании было 29 (63 %) и девочек 17 (37 %). Всем детям произведены бактериологические посевы из полости рта. Проведено анкетирование пациентов с ВПС и их родителей в области знаний АБП ИЭ.

Результаты и обсуждение

У 7 (15,22 %) детей была диагностирована тетрадаФалло, у 5 (10,87 %) – двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка, у 4 (8,69 %) – транспозиция магистральных сосудов, у 3 (6,53

%) – атриовентрикулярная коммуникация, у 27 (58,69 %) – шунтовые пороки сердца (ДМЖП, ОАП), которые сопровождались стенозами или недостаточностью каких-либо клапанов сердца. Всем детям в различные сроки была произведена хирургическая коррекция ВПС и все имели разной степени выраженности остаточные градиенты давления (стенозы) и недостаточность на клапанах. У одной больной, 5 лет, с комбинированным ВПС (ДМЖП, клапанный стеноз ЛА), развился сепсис с двусторонней пневмонией, инфекционным эндокардитом. В дебюте заболевания у девочки из ротоносоглотки обильно высевался *Staphylococcus aureus*, состояние развилось на фоне иммунологической недостаточности, обусловленной анемией и белково-энергетической недостаточностью. У 43 (93,48 %) детей была выделена различная микробная флора из полости рта. Микробный спектр распределился следующим образом: у 22 (47,83 %) пациентов выделен *Staphylococcus aureus*, у 11 (23,92 %) - *Streptococcus* группы *Viridans*, у 9 (19,57 %) - *Streptococcus epidermidis*, у 1 (2,17 %) - *Klebsiella pneumoniae*, у 2 (4,34 %) - *Candida albicans*, у 1 (2,17 %) - *Streptococcus pyogenes*. У 12 (26,08 %) детей диагностирована гиперплазия небных миндалин (ГНМ) II степени, у 2 (4,35 %) детей – ГНМ III степени. У 11 (23,91 %) детей диагностирован поверхностный и глубокий кариес, поразивший от одного до четырех зубов. Анкетирование пациентов, их родителей, врачей и студентов стоматологов по вопросам АБП ИЭ выявило результаты от полной неосведомленности до знания основных вопросов проблемы. Изучение и нормализация орального микробиоценоза является возможностью профилактики целого ряда заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сердца. Ряд микроорганизмов, высеваемых из полости рта, связывают с онкологическими заболеваниями органов дыхания и ЖКТ. В 2012 году Monteiro и др. связали периодонтальную инфекцию у 40 пациентов с сердечно-сосудистым риском; Leishman и др. связали у 70 пациентов периодонтальные патогены – *P. gingivalis*, *F. nucleatum*, *T. forsythia*, *A. actinomycetemcomitans* с риском развития инфаркта миокарда. В развитии заболеваний, а также в канцерогенезе органов дыхания и ЖКТ имеют значения микробы высеваемые из периодонтальной, кариозной, ротовой, носовой полостей, также из ротоглотки и носоглотки. Высеваемый из носовой полости, синусов *Staphylococcus aureus* ассоциируется с поломками иммунной системы. Из ротоглотки обычно высеваются микроорганизмы семейства *Streptococceae*, но иногда она колонизирована патогенами *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* и *Neisseria meningitidis* [5]. Полость рта представляет собой своеобразный, сложный и стабильный микробиоценоз, является благоприятной средой для роста и поддержания жизнедеятельности микроорганизмов. Количество микроорганизмов в ротовой полости, как по числу видов, так и по плотности микробной обсемененности уступает лишь только толстому кишечнику. Недавно установлено, что полимикробные ассоциации, при длительной контаминации, способствуют бактериемии, заболеваниям легких. Во время гигиенических процедур полости рта условные патогены из числа штаммов стрептококков могут попадать в микрораны, проходить через кровоток и вызывать эндокардит. В таких условиях возрастает значение вторичной профилактики ИЭ. Принципы АБП ИЭ направлены на предотвращение прикрепления микробных частиц к эндокарду при транзитной бактериемии, возникающей при различных манипуляциях. Основной мишенью профилактики ИЭ перед стоматологическими манипуляциями являются оральные стрептококки.

Таким образом, только у пациентов с наивысшим риском развития ИЭ, согласно всем рекомендациям, предусмотрено проведение АБП ИЭ. Следовательно необходимо: 1. Проведение вторичной профилактики ИЭ, включающей всестороннюю санацию ротоносоглотки, зубов, а также укрепление иммунной системы пациентов с ВПС. 2. Информирование пациентов с ВПС и их родителей о необходимости АБП ИЭ. 3. Повышение квалификации врачей стоматологов в области АБП ИЭ, отоларингологов по проведению санации ротоносоглотки у пациентов с риском развития ИЭ.

Список литературы

- 1 Данилов А.И., Козлов С.Н., Евсеев А.В. Обновленные рекомендации Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с инфекционным эндокардитом / Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – Т. 16. - №11. – С.63-71.
- 2 Клинические рекомендации по ведению детей с врожденными пороками сердца. Под ред. Л.А. Бокерия. – М.:НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2015. – С.38-42.
- 3 Соболева М.К., Белов Б.С. Инфекционный эндокардит у детей // Российский медицинский журнал. – 2006. - №8. – С.630-636.

- 4 Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению инфекционного эндокардита Европейского общества кардиологов 2009 г. Часть I // Серце і судини. - 2010. - № 4. - С.18-27; Часть II // Серце і судини. - 2011. - № 1. - С.20-34.
- 5 Theoralcavitymicrobiota:betweenhealth,oraldisease, andcancersoftheaerodigestivetract / PierreLeBars,SebastienMatamoros,EmmanuelMontassier,FranchoiseLeVacon et all // Can. J. Microbiol. – 2017. – N.63. – P.475-492.
- 6 Habib G., Lancellotti P., Antunes M.J. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of infective endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) endorsed by European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM) // European Hear Journal. – 2015. – V.36, N.44. – P.3075-3128.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРЕСТЕИЗИИ НА ФОНЕ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Волкова Л.Ю.

АУ «Городская стоматологическая поликлиника»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

Гиперестезия зубов (повышенная чувствительность тканей зуба к механическим, химическим и температурным раздражителям) – чрезвычайно распространенное явление, так как сопровождает многие стоматологические заболевания: воспалительные заболевания пародонта, кариес и некариозные поражения зубов (гипоплазия эмали, клиновидный дефект, эрозии твердых тканей зубов). По данным ВОЗ, каждый пятый взрослый человек в мире имеет повышенную чувствительность зубов [2, 3].

Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов, очень часто (до 90% случаев) сопровождаются гиперестезией. Так, повышенная чувствительность при клиновидных дефектах встречается в 82-90% случаев и наиболее агрессивна у лиц молодого и среднего возраста. При повышенной стираемости зубов гиперестезия возникает у 80-90% пациентов, при эрозии эмали – у 80-85,6% [1, 2].

Чаще всего повышенная чувствительность является следствием нарушений защитных свойств или потери твердых тканей зубов и, соответственно, увеличения вероятности раздражения нервных окончаний дентина или пульпы. При отсутствии повреждений зубов гиперчувствительность может возникать вследствие эндогенного раздражения чувствительных нервных окончаний зуба (например, пероксидсодержащими веществами, используемыми при отбеливании зубов) или нарушения функционирования болевой сенсорной системы челюстно-лицевой области (например, при воспалении волокон тройничного нерва) [3].

Корректная постановка диагноза «гиперестезия дентина» должна проводиться с использованием субъективных и объективных методов. В обзоре литературы приводится оптимальный алгоритм подобной диагностики [3]. На первом этапе врач опрашивает пациента по поводу жалоб на реактивную болезненность зубов по следующим пунктам: 1) характер боли (при гиперестезии боль должна быть острой и кратковременной); 2) качество вызывающих боль раздражителей (температурные, химические, осмотические, тактильные); 3) пищевой рацион пациента (количество потребляемых кислых и газосодержащих продуктов); 4) наличие неприятных при ежедневной гигиене полости рта и после пломбирования зубов; 5) наличие предшествующих дентальных процедур (удаления зубных отложений, отбеливания, пломбирования); 6) ожидаемый эффект от лечения. На втором этапе проводится дифференциальная диагностика с исключением альтернативных причин болевых ощущений (механическое повреждение зуба – трещина, перелом, скол; кариес; пульпит; реакция нервных окончаний пульпы на пломбировочный материал; боли после препарирования зуба; травматическая окклюзия после пломбирования; повышенная чувствительность после хирургических операций в челюстно-лицевой области; гингивит), выявление участков незащищенного дентина и связи между воздействием раздражающих факторов и появлением болевых ощущений. После подтверждения диагноза «гиперестезия дентина» врач-стоматолог дает пациенту рекомендации по устранению провоцирующих гиперестезию

факторов (снижение потребления кислотосодержащих продуктов, оптимизация гигиенических процедур в полости рта) и назначает терапию, снижающую чувствительность зубов.

Терапия должна подбираться с учетом вида гиперестезии зубов. В современной стоматологической практике при местной терапии гиперестезии зубов используют две основные стратегии [2]: 1) снижение возбудимости рецепторных ноцицептивных нервных окончаний (десенситизирующее воздействие). В данном случае используются вещества, повышающие порог возбудимости нервных волокон – преимущественно соли калия (хлорид, нитрат или цитрат калия); 2) защита от воздействия негативных факторов на рецепторы. Применяется либо экзогенная реминерализация эмали и дентина с помощью минерализующих компонентов, включенных в гигиенические (пасты, ополаскиватели, аппликационные гели) или профессиональные стоматологические средства, либо механическое «запечатывание» дентинных канальцев и образование защитного слоя на поверхности зуба с целью уменьшения доступности нервных окончаний для действия раздражителей. С целью «запечатывания» дентинных канальцев используют фторсодержащие вещества в относительно высокой концентрации (5% NaF), гидроксиапатит, фосфат кальция, НЕМА и т.д.

На сегодняшний день наиболее доступным в условиях стоматологической клиники, эффективным, научно обоснованным и доказанным методом устранения гиперестезии твердых тканей зуба является применение фторидов [1, 2]. Механизм действия фторсодержащих препаратов на эмаль зуба при гиперестезии заключается в следующем: ионы фтора, вступая во взаимодействие с ионами кальция, превращаются в нерастворимые соединения фторида кальция и obtурируют дентинные трубочки; скорость тока жидкости в дентинном канальце снижается и в результате ответная реакция на внешние раздражители становится менее выраженной [1, 3].

Бифлюорид 12 (Bifluorid 12, VOCO) – двухкомпонентный прозрачный фторлак. Данный препарат содержит несколько активных ингредиентов, количество которых сбалансировано для достижения максимального эффекта. Препарат представляет собой бесцветную суспензию на основе природной древесной смолы с приятным фруктовым запахом и вкусом. Основными действующими компонентами Бифлюорида 12 являются 6% фторид натрия (NaF) и 6% фторид кальция (CaF₂). В состав лака также входят биоинертные частицы тефлона, гарантирующие его прочные свойства. По сравнению с другими аналогичными препаратами преимуществом Бифлюорида 12 является его прозрачность и стабильность, он не окрашивает зубы и реставрации. Лак быстро высыхает, наносить его следует тонким слоем. Бифлюорид 12 образует водонепроницаемую гладкую защитную плёнку, которая способствует изоляции тканей зуба от термических и химических раздражителей и препятствует фиксации на поверхности зубной бляшки. Лечение гиперестезии дентина с помощью Бифлюорида 12 основано на закрытии устьев дентинных канальцев, что уменьшает появление неприятных ощущений при воздействии термических, химических и тактильных раздражителей на зубы. Лак легко проникает в открытые дентинные канальцы, образуя «пробки» из фторида кальция, блокирует движение жидкости по дентинным канальцам и, тем самым, устраняется болевая чувствительность.

На базе АУ «Городская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии (г. Чебоксары) с 2013 по 2018 г.г. мною было проведено исследование эффективности Бифлюорида 12 на 116 пациентах с жалобами на повышенную чувствительность зубов различной степени на фоне некариозных поражений, не требующих пломбирования (эрозия (42 человек) и клиновидный дефект (74 человека)). Всем больным было проведено обследование, включающее опрос, осмотр и оценку стоматологического статуса и уровня гигиены полости рта с помощью индекса ОНI-S (ИГР-У). У пациентов с гиперестезией в ходе опроса выяснялись жалобы на наличие чувствительности от различных видов раздражителей (механические, химические, термические). При осмотре фиксировали количество зубов с повышенной чувствительностью, тип и глубину некариозных поражений. Для объективной оценки состояния чувствительности твердых тканей зубов использовался индекс интенсивности гиперестезии зубов (ИИГЗ) (Шторина Г. Б., 1986 г.) [1]. Индекс рассчитывается по формуле: $ИИГЗ = \frac{\text{сумма показателей у каждого зуба}}{\text{количество зубов с повышенной чувствительностью}} \times 100\%$. Оценка производится в баллах, исходя из следующих показателей: 1 балл – наличие чувствительности только к температурным раздражителям; 2 балла – наличие чувствительности к температурным и химическим раздражителям; 3 балла – наличие чувствительности к температурным, химическим и механическим раздражителям.

Препарат Бифлюорид 12 наносился тонким слоем на предварительно очищенную и высушенную поверхность зуба, оставлялся на 10-12 секунд для впитывания и подсушивался воздухом. Повторное покрытие лаком проводилось через 5-6 дней. Рекомендовалось не принимать пищу, не пить и не полоскать

рот в течение 30 минут после терапии. Помимо местного лечения, всем пациентам давались рекомендации по применению зубных паст, содержащих минеральные вещества и фтор, и выбору по степени жесткости зубных щеток.

Согласно анализу полученных данных, можно говорить о высокой эффективности применения препарата Бифлюорид 12 для лечения гиперестезии на фоне клиновидного дефекта и эрозий, не требующих пломбирования. Гиперестезия как симптом некариозных поражений зубов устраняется в первое посещение у 38% больных на фоне эрозии твёрдых тканей зуба и 28% больных на фоне клиновидных дефектов. После второго применения препарата Бифлюорид 12 абсолютное отсутствие чувствительности на какие-либо раздражители достигается на фоне эрозии ттз и клиновидных дефектов примерно в 93 % и 96% случаях соответственно.

Таким образом, согласно результатам моего наблюдения, для лечения гиперестезии твердых тканей зубов, как одного из основных симптомов некариозных поражений (клиновидный дефект, эрозия, не требующих пломбирования), необходимо два посещения.

Список литературы

1. Михальченко А.В., Гавриков С.В., Дьяченко Д.Ю. Сравнительная эффективность применения фторидов при профилактике и лечении патологии твёрдых тканей зубов. /Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – №2. – С. 54-58.
2. Орехова Л. Ю., Улитовский С. Б. Определение гиперчувствительности зубов. /Пародонтология. – 2014. – №1. – С. 85-88.
3. Шишелова А.Ю., Акулович А.В. Чувствительность зубов: проблема и ее решение с точки зрения физиологии. /Профилактика сегодня. – 2014. – №18. – С. 6-14.

СЕКЦИЯ №38.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)

СЕКЦИЯ №39.

ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)

СЕКЦИЯ №40.

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)

СЕКЦИЯ №41.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)

СЕКЦИЯ №42.

УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)

СЕКЦИЯ №43.

ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)

СЕКЦИЯ №44.

ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)

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)**

**ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СУБСТАНЦИЙ**

Федорова И.А., Мухаметшина А.М.

(Федорова И.А. - магистр группы 116-М1, специальность 18.04.01;
Мухаметшина А.М. - к.х.н, доцент кафедры ХТОСА)

ФГБОУ ВО «КНИТУ» - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Казанский национальный исследовательский технологический университет»,
г. Казань

Актуальность использования статистических методов в различных отраслях современного менеджмента непрерывно возрастает. Это вызвано, прежде всего, развитием рыночных отношений, конкурентной борьбы на рынках товаров и услуг, требованиями стандартов.

Статистические методы – это эффективный инструмент сбора и анализа информации о качестве. Применение этих методов не требует больших затрат и позволяет с заданной степенью точности судить о состоянии исследуемых явлений, прогнозировать и регулировать проблемы на всех этапах ЖЦП, и на основе этого вырабатывают оптимальные управленческие решения. [1]

Задачи статистического регулирования технологического процесса:

- уменьшение вариабельности;
- выявление на основании результатов периодического контроля выборок малого объема «процесс налажен» или «процесс разлажен».

К графическим методам статистического контроля относятся: диаграмма Парето; причинно-следственная диаграмма Исикавы; контрольная карта; гистограмма; диаграмма разброса; метод расслоения; контрольные листки.

В своей совокупности эти методы образуют эффективную систему методов контроля и анализа качества.

Семь простых методов могут применяться в любой последовательности, в любом сочетании, в различных аналитических ситуациях, их можно рассматривать и как целостную систему, и как отдельные инструменты анализа. В каждом конкретном случае предлагается определить состав и структуру рабочего набора методов.

Были проведены исследования с помощью статистических методов. Объектом исследования послужил бария сульфат для рентгеноскопии порошок для приема внутрь, изготавливаемый по ПР на производство бария сульфата для рентгеноскопии порошка для приготовления суспензии для приема внутрь № 002XXX. Была построена диаграмма Исикавы для повышения качества конечного продукта.

Диаграмма КаоруИсикавы – профессора Токийского университета и крупнейшего специалиста по управлению качеством. Эта диаграмма также известна под названиями «Диаграмма анализа корневых причин», «Причинно-следственная диаграмма» и «Диаграмма рыбьей кости». Это средство графического упорядочения факторов, влияющих на объект анализа, она дает наглядное представление не только о факторах, которые влияют на изучаемый объект, но и о причинно-следственных связях между ними.[3]

Диаграмма Исикавы может быть построена следующим образом:

1. Определяется перечень показателей качества, которые следует проанализировать.
2. Выбирается один показатель качества и записывается в середине правого края чистого листа бумаги. По краям листа с левой стороны обозначаются ключевые категории причин, влияющих на показатель качества.
3. От названий каждой из категорий причин к центральной линии проводятся наклонные линии. Они будут являться основными «ветвями» диаграммы Исикавы (Рис.1).

Ранжирование причин значимости предполагает использование анализа Парето.

Диаграмма Парето - схема, построенная на основе группирования по дискретным признакам, ранжированная в порядке убывания, показывающая кумулятивную (накопленную) частоту. Парето - итальянский экономист и социолог.

В основе описываемой ниже диаграммы лежит эмпирический принцип Парето: за большее количество брака отвечает малое число причин. В цифрах этот принцип выглядит следующим образом: 20 % причин влекут 80 % следствий.

Различают два вида диаграмм Парето:

- 1) По результатам деятельности. Они служат для выявления главной проблемы и отражают нежелательные результаты деятельности.
- 2) По причинам (факторам). Они отражают причины проблем, которые возникают в ходе производства.

Построение диаграмм Парето включает следующие этапы:

- выбор вида диаграммы;
- классификация результатов (причин);
- определение метода и периода сбора данных;
- ранжирование данных, полученных по каждому проверяемому признаку в порядке значимости.

4. Причины, выявленные в ходе «мозгового штурма», распределяются по установленным категориям и указываются на диаграмме в виде «ветвей», примыкающих к основным «ветвям».

5. Каждая из причин детализируется на составляющие. Результаты фиксируются в виде «ветвей» следующего, более низкого порядка. Процесс детализации причин продолжается до тех пор, пока не будет найдена «корневая» причина. Для детализации может применяться и метод мозгового штурма.

6. Выявляются наиболее значимые и важные причины, влияющие на исследуемую проблему. По значимым причинам проводится дальнейшая работа, и определяются корректирующие или предупреждающие мероприятия. [2]

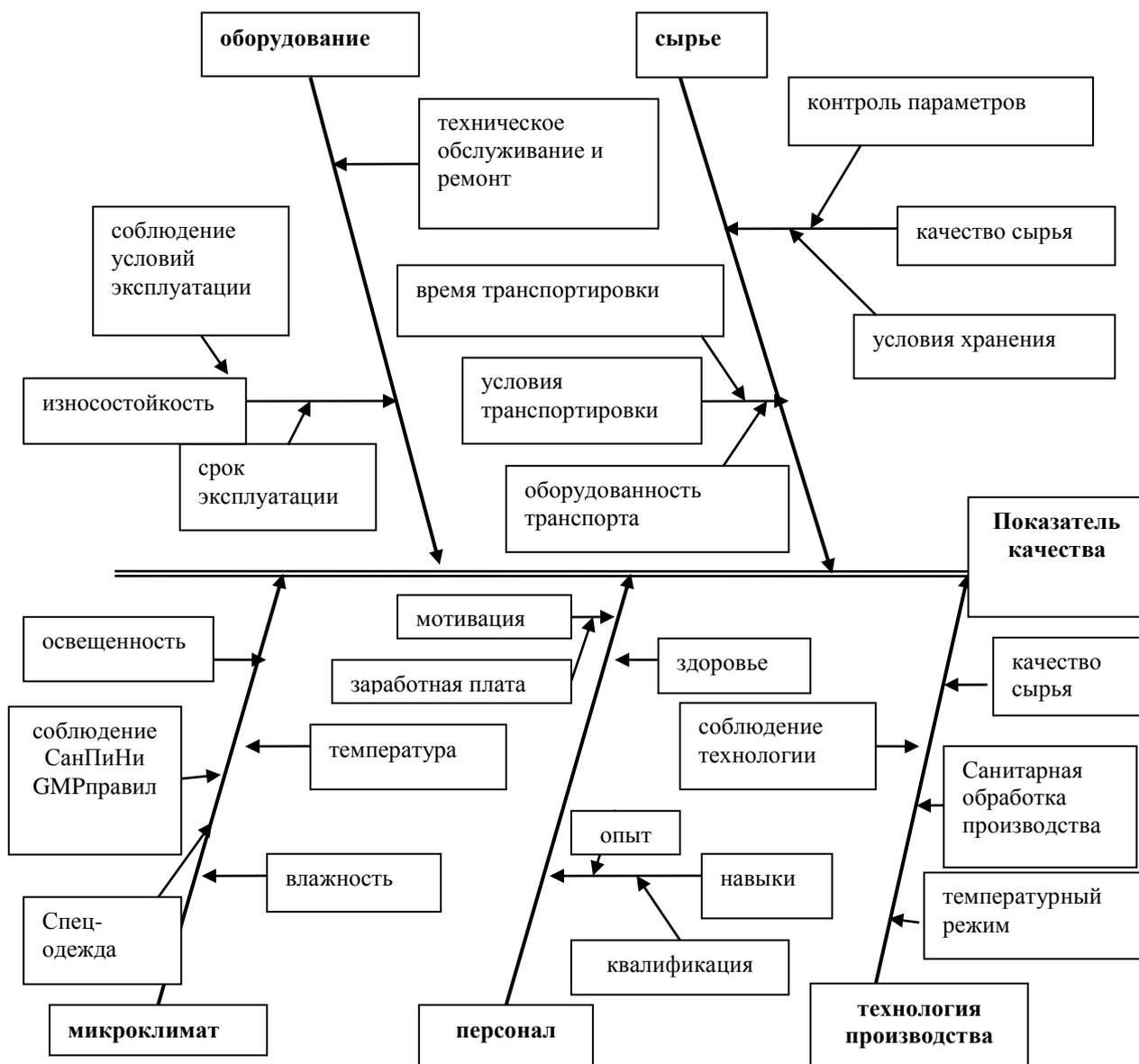


Рисунок 1. Диаграмма Исикавы

Главными факторами стабильности процесса производства бария сульфата для рентгеноסקопии являются сырье, технология производства, оборудование, рабочие предприятия и микроклиматические условия работы, которые в свою очередь зависят от факторов второго порядка. При постоянном контроле всех факторов качество бария сульфата для рентгеноסקопии порошка для приготовления суспензии для приема внутрь будет неизменно высоким.

Список литературы

1. ГОСТ Р 50779.11-2000. Статистические методы. Статистическое управление качеством. Термины и определения
2. Шигабиев, Т.Н. Управление качеством пищевых продуктов: учеб./ Т.Н Шигабиев, А.М. Мухаметшина// - КАЗАНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, 2013. – 345с.
3. Мухаметшина, А.М. Статистические методы контроля и управления качеством: методические указания/А.М. Мухаметшина// - Казанская ГАВМ, 2014. – 38с.

**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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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



**О некоторых вопросах и проблемах
современной медицины**

Выпуск V

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

г. Челябинск

2018г.

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 10.07.2018.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 3,6.
Тираж 250 экз. Заказ № 070.

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