

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



Основные проблемы в современной медицине

Выпуск V

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

г. Волгоград

2018 г.

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

УДК 61(06)
ББК 5я43

Основные проблемы в современной медицине./ Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 5. г. Волгоград. – НН: ИЦРОН, 2018. 40 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Баязин В.А. (г. Ростов-на-Дону), д.м.н., профессор Белов В.В. (г. Челябинск), д.м.н., профессор Быков А.В. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Грек О.Р. (г. Новосибирск), д.м.н. Гайнуллина Ю.И. (г. Владивосток), д.м.н. Гумилевский Б.Ю. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Даниленко В.И. (г. Воронеж), д.м.н., профессор, академик РАЕН, академик МАНЭБ Долгинцев В.И. (г. Тюмень), д.м.н. Долгушина А.И. (г. Челябинск), д.м.н., профессор Захарова Н.Б. (г. Саратов), д.м.н., доцент Изможерова Н.В. (г. Екатеринбург), д.м.н., доцент Ильичева О.Е. (г. Челябинск), д.м.н., профессор Карпищенко С.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., профессор Колокольцев М.М. (г. Иркутск), д.м.н. Куркатов С.В. (г. Красноярск), д.м.н. Курушина О.В. (г. Волгоград), д.м.н., член-корреспондент РАЕ Лазарева Н.В. (г. Самара), к.ф.-м.н. Лапушкин Г.И. (г. Москва), д.м.н., доцент Малахова Ж.Л. (г. Екатеринбург), д.м.н., профессор Нартайлаков М.А. (г. Уфа), д.м.н., профессор Расулов М.М. (г. Москва), д.м.н., профессор Смоленская О.Г. (г. Екатеринбург), д.м.н., профессор Тотчиев Г.Ф. (г. Москва), к.м.н., доцент Турдыева Ш. Т. (г. Ташкент), д.м.н. профессор Тюков Ю.А. (г. Челябинск), к.м.н., доцент Ульяновская С.А. (г. Архангельск), д.м.н., профессор Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., профессор Юлдашев В.Л. (г. Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам V Международной научно-практической конференции **«Основные проблемы в современной медицине»**, г. Волгоград представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

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

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

© ИЦРОН, 2018г.
© Коллектив авторов

Оглавление

СЕКЦИЯ №1.	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)	7
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ Акудович Н.В., Кайдаулова К.В., Кускова Т.П.	7
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА Акудович Н.В., Кайдаулова К.В., Кускова Т.П.	9
СЕКЦИЯ №2.	
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)	11
СЕКЦИЯ №3.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	11
СЕКЦИЯ №4.	
БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)	11
СЕКЦИЯ №5.	
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)	11
СЕКЦИЯ №6.	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)	11
СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ НАРУШЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ Тарасов А.В.	11
СЕКЦИЯ №7.	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	13
ПРОБЛЕМЫ ПРОИЗВОДСТВА И КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВИЛ МАРКИРОВКИ БЕЗГЛУТЕНОВЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Фарема Ю.В., Дубровская Н.О.	14
СЕКЦИЯ №8.	
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)	17
СЕКЦИЯ №9.	
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	17
СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	17
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	17
СЕКЦИЯ №12.	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	17
СЕКЦИЯ №13.	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	17

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРМСКОМ КРАЕ Николенко В.В., Кочкина Д.А., Николенко П.А.....	17
БАЗА ЗНАНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ «ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НА ОБЛАЧНОЙ ПЛАТФОРМЕ Петряева М.В., Шалфеева Е.А., Иунихина О.В., Компанец Г.Г.	19
СЕКЦИЯ №14. КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)	22
СЕКЦИЯ №15. КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09).....	22
СЕКЦИЯ №16. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00).....	22
СЕКЦИЯ №17. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10).....	22
К ВОПРОСАМ О ТЕРМИНАЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Иманвердиева Н.А. ¹ , Садретдинов Р.А. ¹ , Касымова Е.Б. ¹ , Арсанова Х.И. ¹	22
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА Иманвердиева Н.А. ¹ , Садретдинов Р.А. ¹ , Касымова Е.Б. ¹ , Арсанова Х.И. ¹	24
СЕКЦИЯ №18. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13).....	26
СЕКЦИЯ №19. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	27
СЕКЦИЯ №20. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	27
СЕКЦИЯ №21. МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04).....	27
СЕКЦИЯ №22. НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27).....	27
СЕКЦИЯ №23. НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18).....	27
СЕКЦИЯ №24. НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)	27
СЕКЦИЯ №25. НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)	27
СЕКЦИЯ №26. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03).....	27

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОССИИ Апухтин А. Ф.	27
СЕКЦИЯ №27. ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12).....	29
СЕКЦИЯ №28. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02).....	29
СЕКЦИЯ №29. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03).....	29
СЕКЦИЯ №30. ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)	29
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ Арсанова Х.И, Касымова Е.Б, Башкина О.А, Иманвердиева Н.А.....	30
ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. Шанова О.В., Лобанова Е.С., Белых В.А.....	32
СЕКЦИЯ №31. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	34
СЕКЦИЯ №32. ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06).....	34
СЕКЦИЯ №33. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)	34
СЕКЦИЯ №34. РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22).....	34
СЕКЦИЯ №35. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)	34
СЕКЦИЯ №36. СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)	34
СЕКЦИЯ №37. СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14).....	34
СЕКЦИЯ №38. СУДЕБНАЯМЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)	34
СЕКЦИЯ №39. ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)	34
СЕКЦИЯ №40. ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15).....	35
ПРИМЕНЕНИЕ КОРРЕКТОРА ПОЛОЖЕНИЯ ПЯТКИ У ДЕТЕЙ С МОБИЛЬНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ Виндерлих М.Е., Федоров В.Г.	35
СЕКЦИЯ №41. ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24).....	37

СЕКЦИЯ №42. УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	37
СЕКЦИЯ №43. ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	37
СЕКЦИЯ №44. ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	37
СЕКЦИЯ №45. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	37
СЕКЦИЯ №46. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	37
СЕКЦИЯ №47. АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	37
СЕКЦИЯ №48. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	37
СЕКЦИЯ №49. ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	37
СЕКЦИЯ №50. ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)	37
СЕКЦИЯ №51. ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	37
СЕКЦИЯ №52. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02)	37
СЕКЦИЯ №53. ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	37
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2018 ГОД	38

СЕКЦИЯ №1.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ

Акудович Н.В., Кайдаулова К.В., Кускова Т.П.

ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Статья посвящена изучению эффективности различных методов определения объема кровопотери в родах в практической деятельности врача акушера-гинеколога. *«Наверно, я не зайду слишком далеко, если скажу, что тяжёлые послеродовые кровотечения, почти без исключения, – вина акушера; частота их при ведённых им родах служит мерилом его достоинства.»* (Отто Шпегельберг, 1879 год).

Акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности в мире – 127 000 или 24% материнских смертей ежегодно [2]. Частота акушерских кровотечений, по данным различных авторов [1,2], колеблется от 3% до 8% по отношению к общему числу родов. В Российской Федерации, несмотря на снижение показателя акушерских кровотечений в структуре смертности и снижение материнской смертности в целом, кровотечения остаются в числе ведущей причины смертности во время беременности, родов и послеродового периода. В структуре материнской смертности в Российской Федерации они занимают второе место (16%) [1]. Основной удельный вес в структуре акушерских кровотечений занимают послеродовые кровотечения. Считается, что в большинстве наблюдений материнская смертность при послеродовом кровотечении предотвратима [5,6]. Стремительность нарастания объема кровопотери в сочетании с неотложной необходимостью качественного выполнения алгоритма действий, направленных как на остановку кровотечения, замещение кровопотери, так и на оказание анестезиологического пособия, определяют исход случая. Анализ смертей от кровотечений при беременности и во время родов свидетельствует, что фактически в каждом таком случае неблагоприятный исход определяет сочетанное влияние объективных и субъективных факторов. Объективные факторы включают фоновые экстрагенитальные заболевания, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, осложнение беременности и родов предлежанием плаценты, преждевременной отслойкой плаценты, placenta accreta, задержкой последа и его частей, гестозом, анемическим синдромом и др. К субъективным факторам относятся 1) недооценка объективных факторов и их роли как провокаторов кровотечения и плохой переносимости кровопотери, 2) недооценка кровопотери и ситуации в целом, 3) неправильная и запоздалая помощь во всех направлениях. Это приводит к выбору неверной тактики ведения пациентки [3,4].

При акушерских кровотечениях любой этиологии важнейшее значение приобретает правильная оценка кровопотери. Между тем, до настоящего времени фактически остается спорным вопрос относительно объема физиологической кровопотери во время родов. Согласно определению ВОЗ, таковой является кровопотеря до 500 мл. Однако можно ли считать кровопотерю в 500 мл физиологической при родоразрешении пациенток с исходно недостаточным приростом объема циркулирующей крови (ОЦК), что характерно для осложнений беременности гестозом, анемическим синдромом, некоторыми соматическими заболеваниями? Эти состояния снижают компенсаторные возможности организма, уменьшают прирост ОЦК к началу родов, создавая своеобразную «готовность к шоку» при малейшем увеличении объема кровопотери во время родов. Фактически отсутствуют методы точного учета кровопотери во время родов. Учитывая прирост ОЦК в процессе физиологической беременности, небольшие разночтения в оценке кровопотери во время неосложненных родов не представляются принципиальными. Однако за порогом «физиологической» кровопотери лежит диагноз кровотечения. Поэтому диагноз, а, следовательно, и учет частоты послеродовых кровотечений в значительной степени связан с такими факторами как 1) субъективная оценка врачом, ведущим роды, объема кровопотери, 2) ответ миометрия на консервативное лечение гипотонического кровотечения, 3) снижение ресурсов организма родильницы за счет недостаточного прироста ОЦК, фоновой патологии и осложнений беременности [5,6].

При оценке объема кровопотери следует учитывать уровень гемоглобина и вес женщины, поскольку объем циркулирующей крови напрямую зависит от массы тела. Из-за физиологического увеличения во время беременности общий объем крови в доношенном сроке составляет около 100 мл/кг.

При наличии низкого уровня гемоглобина во время беременности (менее 110 г/л) необходимо провести дообследование и лечение, чтобы нормализовать его уровень до родов, поскольку железодефицитная анемия может способствовать развитию гипотонии матки из-за сниженного уровня миоглобина в утеромиоцитах, который необходим для их мышечной активности [2].

Кровопотеря более 40% от общего объема крови обычно рассматривается как угрожающая жизни. При физиологических родах величина кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периоде максимально равна 0,5 % от массы тела, но не более 500 мл (предельно допустимый объем кровопотери). При объеме кровопотери, превышающей расчетные допустимые значения, вовремя принятые меры позволяют избежать летального исхода. Именно поэтому целью нашей работы является выявление наиболее точного метода определения кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде. Для реализации этой цели, нами была поставлена задача - сравнение различных методов определения объема кровопотери на предмет соответствия с расчетной величиной.

Материалы и методы. Нами были обследованы 30 беременных женщин, родоразрешившихся в родильном доме МСЧ ИАПО города Иркутска. Возраст женщин — от 16 до 38 лет. Сроки гестации у всех женщин соответствовали доношенной беременности. Первородящих было 52%, повторнородящих 48%.

Уровень гемоглобина во время беременности у 66% женщин был более 110 г/л, у 34% женщин – менее 110 г/л. Для определения расчетной величины предельно допустимого объема кровопотери мы использовали формулу: $(\text{масса тела беременной} \cdot 0,5) \cdot 100$.

Для определения фактической величины кровопотери мы использовали визуальный метод и гравиметрический.

Алгоритм гравиметрического метода:

1. Кровь из лотка необходимо слить в градуированный цилиндр.
2. Определить количество потерянной крови, учитывая, что 100 мл крови весят 120 г.
3. После окончания родов все пеленки и ватные шарики, пропитанные кровью взвесить на весах.
4. Отнять от полученной величины вес сухих пеленок и перевязочного материала.
5. К полученной цифре добавить массу крови в мерном сосуде и получить величину кровопотери в родах.

Обработка полученных данных проводилась в программе Microsoft Excel. Статистическая обработка проводилась в программе «Статистика 10,0». Достоверность разности между двумя средними показателями определялись по критерию Стьюдента (t). Статистически достоверным считался коэффициент, уровень значимости которого был меньше и равен 0,05, что считается верным для медицинских исследований.

Результаты. Расчетные величины предельно допустимого объема кровопотери находятся в диапазоне от 240 до 400 мл. Фактический объем кровопотери, определенный визуальным методом – от 150 до 380 мл, методом взвешивания – от 180 до 700 мл.

Фактическая величина кровопотери не превышала предельно допустимую у 83% женщин, у 17% женщин эта величина была более 0,5% от массы тела.

Причинами кровопотери в этих случаях были: у 42% женщин – разрыв промежности 2 степени, у 24% – ручная ревизия полости матки. Остальные 34% находились в группе риска по развитию кровотечения (уровень гемоглобина от 90 до 105 г/л). Погрешность при использовании визуального метода по отношению к методу взвешивания составила от 5 до 42%, при этом только в 2 случаях из 30 величина кровопотери, определенная визуальным методом, совпала с методом взвешивания ($p < 0.05$).

Проанализировав полученные результаты мы пришли к выводу, что при неосложненных физиологических родах в большинстве случаев фактическая величина кровопотери не превышает предельно допустимую. Однако визуальный метод, рутинно используемый в практике, может приводить к недооценке кровопотери, что в свою очередь приведет к определению неправильной тактики ведения данной пациентки. Особенно этот метод неприемлем для женщин, находящихся в группе риска по возможному развитию кровотечения. Подсчет количества салфеток и их взвешивание при самопроизвольных родах являются наиболее точным методом.

Список литературы

1. Кровотечения в послеродовом периоде: методическое письмо МЗ и СР РФ.— М., 2008.
2. Материнская смертность при акушерских кровотечениях и проблемы маточного гемостаза, М.А. Репина, Журнал акушерства и женских болезней, том LX выпуск 3/2011

3. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство. / Под ред. В.Н. Серова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 256 с.
4. Опыт использования рекомбинантных факторов свертывания крови в терапии массивных акушерских кровотечений О.И. Гусева, № 6 (30) ноябрь 2013, МЕДИЦИНСКИЙ АЛЬМАНАХ
5. Профилактика кровотечений в послеродовом периоде, Б.Р. Шокубаева, Журнал Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова, 2013, №2
6. Роль определения регуляторных аутоантител в прогнозировании акушерских кровотечений, Бапаева Г.Б., Кулбаева С.Н. №1 (35) 2015 Clinical Medicine of Kazakhstan

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА

Акудович Н.В., Кайдаулова К.В., Кускова Т.П.

ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Выбор оптимальной тактики ведения беременности и родов существенно зависит от предполагаемой массы плода [2]. При макросомии плода и задержке роста плода увеличивается частота родового травматизма, перинатальной смертности и заболеваемости. В подобных случаях непосредственное повреждающее действие на плод могут оказывать два фактора: механический, обусловленный препятствием со стороны таза матери, и/или интранатальная гипоксия, связанная с локальными и системными нарушениями кровообращения [1, 3]. На первый план в условиях современного родовспоможения выступают гипоксические повреждения, возникающие вследствие локального нарушения мозговой гемодинамики, обусловленные характером и степенью конфигурации черепа плода. Чрезмерно выраженная конфигурация головки плода приводит к сдавлению основного венозного коллектора головного мозга — сагиттального синуса и венозных стволов полушарий мозга. Это сопровождается затруднением или блокадой венозного оттока, прогрессирующей внутричерепной гипертензией, гипоксией и ишемией мозга. Таким образом, точное определение массы плода определяет вероятность не только родового травматизма, но и интранатального повреждения центральной нервной системы плода [1, 6]. Обзор литературы показывает, что в практическом акушерстве наибольшее распространение получили методы наружного определения массы плода.

Впервые И.Ф. Жордания (1950) предложил метод определения массы плода, основанный на измерении в конце беременности или в начале родов окружности живота и высоты стояния дна матки над лоном ($M=OЖ \times ВДМ$). З.Н. Якубовой (1960), была предложена методика расчета массы плода по формуле $M=O+B/100$, где M – масса плода в граммах, O – окружность живота в см, B – высота дна матки над лоном в см. При вторых родах к результатам прибавляется 50, при третьих и четвертых – 150, при пятых – 300. Если перед определением отошли околоплодные воды, то дополнительно прибавляют ещё 100. Точное совпадение получено у 11% рожениц, а с учетом ошибки до 500 граммов – у 98% [2,3,8].

Таким образом, в арсенале акушера-гинеколога имеется ряд простых методик определения предполагаемой массы плода, таких как формулы Жордания, Ланковица, Джонсона. Якубовой.

Современное акушерство не обходится без традиционного ультразвукового обследования, при котором проводится фетометрия с подсчетом предполагаемой массы плода. Скрининговая фетометрия включает измерение четырех размеров: 1) БПР (бипариетальный размер головки плода); 2) ОГ (окружность головки плода); 3) ОЖ (окружность живота); 4) ДБ (длина бедренной кости плода). На основании данных разработаны математические уровни и формулы, используемые в современных УЗ-сканерах (формулы М. Shepard, F. Hadlock, S. Campbell). Все перечисленные клинические методы определения массы плода могут использоваться для прогнозирования массы плода в конце беременности или в начале родов [5,7]. Ни один из используемых в настоящее время методов определения ПМП не является абсолютно правильным, поскольку имеется вероятность ошибок, связанных со многими причинами. С появлением ультразвуковой диагностики определение ПМП стало более точным, но и этот метод не является универсальным.

Целью нашей работы является выявление наиболее точных методов определения ПМП у женщин с различным конституциональным типом и предлежанием плода. Нашей задачей являлось сравнение различных методов определения ПМП по отношению к массе новорожденного.

Материалы и методы. Нами были обследованы 45 беременных женщин, родоразрешившихся в родильном доме МСЧ ИАПО города Иркутска. Из них у 30 женщин роды были естественные, у 15 женщин — плановое кесарево сечение. Возраст женщин — от 16 до 38 лет. Для выполнения поставленной задачи мы использовали следующие антропометрические данные беременных: рост, масса тела (на момент родов), окружность живота, высота дна матки. Рост обследуемых женщин был в пределах от 150 до 178 см. Масса тела от 55 до 103 кг. Мы определили ИМТ каждой женщины и исходя из полученных данных разделили женщин на 3 группы: 1 группа— женщины, с головным предлежанием плода и ИМТ в пределах нормы (48%), 2 группа — женщины, с головным предлежанием плода, но ИМТ выше нормы (20%). Третью группу составили женщины с тазовым предлежанием плода (32%).

Для определения ПМП использовались формулы Жордания, Якубовой, Ланковиц, Джонсон. Обработка полученных данных проводилась в программе Microsoft Excel. Статистическая обработка проводилась в программе «Статистика 10,0». Достоверность разности между двумя средними показателями определялись по критерию Стьюдента (t). Статистически достоверным считался коэффициент, уровень значимости которого был меньше и равен 0,05, что считается верным для медицинских исследований.

Результаты исследования. После обработки данных мы получили следующие результаты. Сроки гестации у всех женщин соответствовали доношенной беременности (38-41 неделя). Первородящих было 52% женщин, повторнородящих 48%. Поскольку допустимой погрешностью при определении ПМП является +300грамм по отношению к реальной массе новорожденного, то и результаты мы анализировали исходя из этого условия.

Формула Жордания в 1 группе не выходила за пределы допустимой погрешности в 65% случаев, во 2 группе — в 86%, в 3 группе — в 48%. Формула Якубовой в 1 группе сработала в 61%, во 2 группе — в 71%, в 3 группе - 74%. Формула Ланковиц в 1 группе допустима в 13% случаев, во 2 группе — в 28% случаев, в 3 группе — в 26% случаев. Формула Джонсона работает в 1 группе в 13%, во 2 группе — в 43% случаев, в 3 группе — в 13% случаев.

Так же, нами было выявлено, что наиболее точное соответствие между ПМП и реальной массой новорожденного получается при использовании в 1 группе формул Якубовой и Жордания (65% и 43% случаев соответственно) ($p < 0,05$). Во 2 группе наиболее точной была формула Якубовой (57% случаев) ($p < 0,05$).

В 3 группе формула Якубовой так же являлась наиболее точной в большинстве случаев (67%) ($p < 0,05$).

Кроме того, были женщины, у которых ни одна из приведенных формул не сработала, т.е их результат выходил за пределы допустимой погрешности (разница составляла от 330 до 700 грамм). Их количество в 1 группе было 26%, во 2 группе 14%, в 3 группе — 6%. Причинами такой большой погрешности в 50% случаев было многоводие, в 38% случаев — избыточное жиротложение на передней брюшной стенке, в 12% — миома матки, а используемые нами формулы не учитывают этих факторов.

Что касается определения ПМП по УЗИ, проведенном накануне родов, и соответствия этих значений реальной массе новорожденного, было выявлено, что во всех 3х группах в 100% случаев полученные значения не выходят за пределы допустимой погрешности (± 300 гр). В 58% случаев было выявлено совпадение ПМП и реальной массы новорожденного в пределах ± 100 гр. Расчет ПМП при данном методе исследования производился по формулам Hadlock и Shepard, которые учитывают бипариетальный размер головки плода, окружность головы, окружность живота и длину бедренной кости плода. Формула Shepard была более точной.

Проанализировав полученные результаты мы пришли к выводу, что формулы Якубовой и Жордания являются наиболее приемлемыми методами определения ПМП в практической деятельности, как у женщин с нормальным ИМТ, так и с ИМТ выше нормы. У женщин с тазовым предлежанием плода формула Якубовой являлась наиболее показательной. Кроме того, согласно проведенному исследованию, было выявлено, что наиболее точным методом определения ПМП является УЗИ. Этот метод дает меньше погрешностей и большее соответствий в меньшем диапазоне отклонений.

Список литературы

1. Акушерство и гинекология : клин. рекомендации / Под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих.3. — 4-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1024с

2. В. В. Власюк. — СПб. : Нестор-История, 2009. — 252 с. Определение оптимального метода родоразрешения у беременных с крупным плодом /2. Е. В. Казанцев [и др.] //
3. Возможности дородовой диагностики крупного плода, И.Ю. Баева, И.И. Каган, О.Д. Константинова, ВЕСТНИК НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ – 2011 – Т. XVIII, № 2 – С. 226
4. Забайкальский мед. вестн. — 2012. — № 1. — С. 9–11.
5. Методология и практика анализа данных в медицине : монография / И. А. Левин [и др.]4. // Т. I. Введение в анализ данных. — М.-Тель-Авив : АПЛИТ, 2010. — 168 с
6. Мерц Эберхард. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии : пер. с англ.5. В 2-х т. / Эберхард Мерц ; под ред. А. И. Гуса // Т. 1. Акушерство. — М. : МЕДпресс-информ, 2011. — 720 с.
7. Пренатальная диагностика : учеб.-метод. пособие для врачей / И. Б. Манухин [и др.].6. — М., 2011. — 104 с
8. Сравнение эффективности методов определения предполагаемой массы плода М. Н. Мочалова, Ю. Н. Пономарева, В. А. Мудров, Е. В. Казанцева, № 3 - 2015 г. 14.00.00 Медицинские науки

СЕКЦИЯ №2.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)

СЕКЦИЯ №3.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)

СЕКЦИЯ №4.

БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)

СЕКЦИЯ №5.

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

СЕКЦИЯ №6.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)

СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ НАРУШЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

Тарасов А.В.

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева. Медицинский институт, г. Орел

Введение. Патологические изменения соединительной ткани, вследствие уникальности ее структуры и функции, сопровождаются возникновением большого числа заболеваний, имеющих характерный тип наследования. Распространенность недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), прогрессивный характер течения заболевания, полиорганность поражения различных органов при НДСТ свидетельствуют о том, что это заболевание имеет серьезные последствия. При современных возрастающих нагрузках на организм человека в неблагоприятных экологических условиях среды обитания обеспечение удовлетворительного качества жизни человека возможно при условии своевременного выявления диспластических нарушений и, при необходимости, назначения адекватной терапии. Не секрет, что после аварии на ЧАЭС возросла частота заболеваемости населения практически всех стран северного полушария, например, онкологическими заболеваниями. Причина роста

заболеваемости не ясна. Возможно, в росте заболеваемости определенную роль сыграло воздействие короткоживущих радионуклидов на диспластически измененные органы человека [1]. Известно, что по степени радиочувствительности соединительная ткань находится на четвертом месте после нервной, хрящевой, костной и мышечной ткани. Встречаемость определенных заболеваний (связанных с диспластическими нарушениями соединительной ткани) имеет вполне определенную географическую привязку. Причина такой «привязки» не всегда понятна. Однако, известно, что одной из причин, например, такого офтальмологического заболевания как кератоконус (считается, что это заболевание связано с проявлениями НДСТ) является неблагоприятная экологическая обстановка [2]. В Великобритании от этой патологии страдают не менее 30000 человек. В Японии (по данным Японского Минздрава) ежегодно операции по пересадке роговицы делают более 3 тысячам пациентов по всей стране.

В России по данным разных авторов, выявляемость НДСТ составляет от 15 до 69% [4]. Первое исследование по проблеме дисплазии соединительной ткани как системной патологии было выполнено в нашей стране в 1972 году в Ставрополе под руководством профессора В.М. Яковлева [3]. В.М. Яковлев заложил основы изучения проблемы в России и создал Сибирскую школу терапевтов этого профиля. Следует отметить, что НДСТ сегодня не считается заболеванием. В номенклатуре болезней ВОЗ термин «дисплазия соединительной ткани» не используется.

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани является причиной ухудшения качества жизни молодых людей. Молодые люди вынуждены ограничивать себя в физических нагрузках, они плохо переносят стрессовые ситуации. Если же эти ограничения не соблюдаются, возрастает риск осложнений со стороны различных систем организма. При современных темпах жизни ни то, ни другое условие не может в полной мере быть выполнено. Именно поэтому важно раннее выявление патологии для назначения адекватной терапии.

Молодые люди, стоящие перед выбором профессии, и их родители, должны знать, имеются ли у них соединительнотканые дефекты, которые могут способствовать прогрессированию основных заболеваний при несоблюдении рекомендаций специалистов.

Цель исследования. Выяснение различий во встречаемости состояния НДСТ у молодых людей, обучающихся в образовательных учреждениях разного профиля для акцентирования внимания на своевременном и адекватном медицинском сопровождении разных возрастных групп учащихся

Материалы и методы. Обследованы учащиеся двух школ Орловской области, ученики агролицея города Орла, студенты вуза (Мединститут ОГУ). Наличие НДСТ выявлялось методом анкетирования [4].

Результаты и их обсуждение. С целью выявления НДСТ (недифференцированной дисплазии соединительной ткани) и оценки степени тревожности подростков было проведено анкетирование молодых людей в два этапа. На первом этапе анкетирование проводилось у школьников выпускных классов двух школ Орловской области. Известно, что этот период характеризуется кратным увеличением психологических нагрузок и на школьников, и на их родителей, и на учителей школ. На втором этапе анкетирование проводилось у студентов первого курса агролицея. Эта группа выбрана была потому, что предполагалось, что дети осознанно выбрали свою будущую профессию, связав себя с сельскохозяйственной отраслью. Даже если выбор был сделан родителями (что наиболее вероятно), то, как правило, основная масса выпускников лицеев или продолжает обучение в вузах соответствующего профиля, или работает по выбранной специальности. Третья группа анкетиртуемых - студенты 1 - 2 курсов ОГУ имени И.С. Тургенева (Медицинский институт и Институт естественных наук и биотехнологии). Проведенное анкетирование позволило сделать следующие выводы (таблица 1).

У школьников 2018 г. (Орловская область) повышенная тревожность отмечается во всех группах, дифференцированных по степени проявления НДСТ. Однако, если с легкой и средней степенью проявления НДСТ повышенная тревожность не так опасна, то при тяжелой степени НДСТ эта ситуация должна считаться недопустимой. По образовательным учреждениям встречаемость НДСТ распределилась следующим образом. Тяжелая степень НДСТ отмечается у 75% учащихся школы п. Нарышкино, 40,7% - у учащихся агролицея, 12,5% - у студентов МИОГУ, 5% - у студентов строительного колледжа (г. Брянск).

Таблица 1 Результаты анкетирования учащихся

Образовательное учреждение	Степень НДСТ (% встречаемости)	Уровень тревожности	
		ситуативная	личностная
Школа (Урицкий район) п. Нарышкино	Тяжелая (75%)	20-42	31-60
	Средняя (8,3%)	28	28
	Легкая (16,6%)	32	36-60

Школа (Орловский район) п. Салтыки	Легкая (100%)	31-46	42-60
Строительный колледж (г. Брянск)	Тяжелая (5%)	47	44
	Средняя (55%)	28-58	43-57
	Легкая (35%)	37-59	48-55
	Норма (5%)	58	52
Агролицей (г. Орел)	Тяжелая (40,7%)	37-50	41-57
	Средняя (33,3%)	38-47	45-80
	Легкая (22,2%)	24-50	33-45
	Норма (3,7%)	43	45
Медицинский институт ОГУ (г. Орел)	Тяжелая (12,5%)	41-45	43-47
	Средняя (37,5%)	37-49	35-63
	Легкая (41,6%)	33-51	29-61
	Норма (8,3%)	34-53	46

Примечание. При интерпретации показателей по шкале тревожности использовались следующие оценки: до 30 баллов – низкая; 31-44 балла – умеренная; 45 и более – высокая. Оценка степени тяжести НДСТ: до 12 баллов – вариант нормы, 13 – 23 – легкая форма НДСТ; 24-34 – среднетяжелая; 35 и более – тяжелая.

Средняя степень тяжести НДСТ выявлена у 8,3 – 55% респондентов, легкая – у 16 – 41,6% учащихся. Наиболее встречаемыми симптомами у студентов Института естественных наук и биотехнологии ОГУ выявлены следующие. У 76% - хруст в суставах, у 68% - гипермобильность суставов, у 44% - миопия, у 48% - более 20 родинок, у 40% - неправильная форма зубов, у 40% - повышенная растяжимость кожи, у 32% - кариес, у 28% - боли в области позвоночника.

Из результатов проведенного исследования можно заключить следующее.

При устройстве на работу тем молодым людям, у которых выявлены среднетяжелые и тяжелые признаки нарушения соединительной ткани, следует избегать профессий, связанных с большими физическими и психоэмоциональными нагрузками, вибрацией, контактами с химическими веществами и воздействием рентгеновских лучей. Не следует жить в условиях жаркого климата, в зонах повышенной радиации, ультрафиолетового облучения.

Список литературы

1. Александров Ю.А. Основы радиационной экологии: Учебное пособие /Мар.гос. ун-т; Ю.А. Александров. – Йошкар-Ола, 2007. 268 с.
2. Левина М.Е. Разработка алгоритма ранней диагностики кератоконуса на основе современных методов клинического обследования органа зрения. Дисс канд мед. наук. М.: 2014. 120 с. – Режим доступа: www.medprofedu.ru (дата обращения 01.10.2008).
3. Мартынов А.И., Яковлев В.М., Нечаева Г.И. и др. Диагностика и тактика ведения пациентов с дисплазией соединительной ткани в условиях первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации для врачей. Омск, 2013. 133с.
4. Чемоданов В.В., Сесорова И.С., Шниткова Е.В., Краснова Е.Е., Лигова И.Н. Анкетирование индивидов в выявлении дисплазии соединительной ткани //Современные проблемы науки и образования. – 2015. - №2 (часть 1). С. 45-49. – Режим доступа: [URL:https://science-education.ru/ru/article/view?id=18829](https://science-education.ru/ru/article/view?id=18829) (дата обращения 03.10.2018).

СЕКЦИЯ №7.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)

ПРОБЛЕМЫ ПРОИЗВОДСТВА И КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВИЛ МАРКИРОВКИ БЕЗГЛЮТЕНОВЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Фарема Ю.В., Дубровская Н.О.

Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, г. Санкт-Петербург

Аннотация

В статье рассмотрены требования к производству и маркировке безглютеновых продуктов питания на территории РФ. Представлен сравнительный анализ основных нормативных документов, регламентирующих производство безглютеновых продуктов питания. Произведен обзор правил нанесения маркировки на безглютеновые продукты за рубежом. Рассмотрены требования к зарубежным и отечественным производителям по соблюдению стандартов производства безглютеновых продуктов питания.

Ключевые слова:

Безглютеновая продукция, технический регламент Таможенного союза, государственный контроль, Роспотребнадзор, маркировка продуктов.

С каждым годом рост интереса специалистов к проблеме производства продуктов для лечебно-профилактического питания вызван увеличением генетических заболеваний, диагностирование которых возможно на ранних стадиях за счет применения современных методов диагностики.

На сегодняшний день уже доказано, что целиакия занимает одно из лидирующих позиций среди генетических заболеваний 21 века и выражается в нарушении пищеварения, вызванным повреждением ворсинок тонкой кишки за счет употребления пищевых продуктов, содержащих глютен и белки злаков.

У больных целиакией употребление даже минимального количества глютена, содержащегося в таких зерновых культурах, как пшеница, рожь и ячмень, запускает сильнейшую реакцию с необратимыми последствиями. При этом единственным методом лечения и профилактики осложнений болезни была и остаётся пожизненная безглютеновая диета, строго исключающая попадание глютена в организм пациентов [6].

Статистика стран Европы свидетельствует о том, что каждый 200 европеец уже страдает целиакией. Частота заболеваний на 100 тысяч человек в России составляет 120 фактов установленных заболеваний. По данным на конец 2017 года, РФ находится на 5-м месте в мире по числу граждан, заболевших целиакией. Самая высокая частота заболевания на 100 тысяч человек наблюдается в Ирландии и составляет 820 заболеваний, наименьшая в Китае.

Согласно статистике, распространение целиакии в мире на сегодняшний день составляет 1%. На фоне этого с каждым годом растёт и ассортимент выпускаемой безглютеновой продукции. За 2017 год количество предложений безглютеновой продукции розничными сетями увеличилось на 71% [7].

По данным журнала *New Nutrition Business*, рынок безглютеновых продуктов питания достиг небывалого объема, как в Европе, так и в США. Российский рынок также предлагает покупателям конкурентоспособную по стоимости безглютеновую продукцию. При этом качество данных изделий несмотря на сложность технологического процесса постоянно растёт за счет применения нетрадиционных сырьевых компонентов растительного и животного происхождения, способных повысить их пищевую ценность, а также за счет современных методов производства.

При этом нельзя забывать, что клинические исследования констатируют у заболевших дефицит железа, калия, магния, цинка, селена, фолиевой кислоты, ниацина, рибофламина, витаминов группы В и D. Доказано, что гиповитаминоз может быть обнаружен спустя несколько лет после начала диеты, поэтому с первого дня диетологи рекомендуют пациентам прием витаминных и минеральных добавок. В свою очередь нельзя не отметить, что большинство производителей продуктов питания, учитывают малую ценность в биологическом и пищевом отношении таких изделий, поэтому всё чаще применяют в производстве обогащающие добавки [5].

В связи с ростом спроса на безглютеновые продукты питания выявлены случаи появления на рынке фальсифицированной безглютеновой продукции. На сегодняшний день остро стоит вопрос о том, являются ли продукты со специальной маркировкой «без глютена» действительно безопасными. Ведь создание качественных безглютеновых продуктов требует от производителей не только усиленного контроля за

«чистотой» используемого сырья, но и исключение случаев перекрестного попадания скрытого глютена в продукт при производстве.

В ходе проведенного анализа рынка и нормативных документов, определяющих выпуск безглютеновых продуктов питания в РФ, был выявлен ряд проблем, которые требуют обязательного государственного разрешения.

За основу производства безглютеновых продуктов взяты пищевые стандарты международной комиссии Codex Alimentarius (Кодекс Алиментариус). Комиссия является органом ФАО (Производственной и сельскохозяйственной организации ООН) и ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) и объединяет представительства 186 государств, включая Российскую Федерацию [4].

В соответствии с требованиями Кодекса Алиментариус, товары специализированного питания с уменьшенным содержанием глютена могут содержать 20-100 мг/кг глютена, а безглютеновые продукты питания, не должны содержать его более чем 20 мг/кг. Исключительно продукты, содержащие менее чем 20 мг/кг глютена, разрешено маркировать, как «безглютеновые» [4].

Начиная с 1995 года, продукты считались безглютеновыми исключительно в случаях, когда в них полностью отсутствовала клейковина. По мнению Доктора Джеффри Форбса (гастроэнтеролог из Королевской больницы Перта), технологии производства продуктов питания не соответствуют данному требованию, и предприятия не могут выпускать продукты, полностью исключаящие глютен. В связи этим Организация по контролю за целиакией приняла закон, согласно которому уровень глютена не должен превышать 20 частиц на миллион [7].

В странах Таможенного союза требования о безопасности низкоглютеновых и безглютеновых продуктов предусматривает ТР ТС 027/2012 «О безопасности отдельных видов специализированной пищевой продукции, в том числе диетического лечебного и диетического профилактического питания». Согласно регламенту, отдельные виды специализированной продукции должны быть изготовлены из одного или более компонентов, которые не содержат пшеницы, ржи, ячменя, овса, а уровень глютена в готовой продукции должен содержать не более 20 мг/кг [3].

Союз педиатров России подтверждает, что увеличение минимальной нормы глютена в рационе больных целиакией провоцирует патологический иммунный ответ кишечника и увеличивает риск развития осложнений. Данная проблема определяет необходимость государственного контроля производства безглютеновой продукции. Необходим постоянный мониторинг содержания глютена как в исходном сырье, так и конечном продукте [4].

Подобные требования к маркировке законодательно введены в странах Евросоюза (РЕГУЛА ЕВРОКОМИССИИ (ЕС) № 41/2009 от 20 января 2009 г.) относительно состава и маркировки пищевых продуктов, предназначенных для людей с непереносимостью глютена [4].

В Великобритании, США, Канаде, странах Европейского сообщества, Австралии, Бразилии качество безглютеновых продуктов промышленного производства строго контролируется государством. Четкие требования к производителю по соблюдению стандартов ALINORM 08/31/26 Codex Alimentarius и регулярный контроль по содержанию глютена гарантирует покупателю безопасность продукции. В России вопросы маркировки и механизмы контроля за содержанием в продуктах глютена все еще требуют решения [6] [10].

Безглютеновая продукция маркируется на основании документа ТР ТС 022/2011 «Пищевая продукция в части ее маркировки», однако нормы содержания глютена и методы контроля в данном стандарте не определены.

В таблице 1 представлен сравнительный анализ основных категорий продуктов, нормативные документы, регламентирующие их производство, требования к маркировке на территории РФ и особенности позиционирования товара, как безглютенового.

Таблица 1 – Сравнительный анализ основных категорий продуктов и норм содержания в них глютена

Вид продукта питания	Нормы содержания глютена	Нормативные документы	Особенности
Пищевая продукция для всех категорий потребителей	Для продукции данного типа нормы содержания глютена отсутствуют	1. ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» 2. ТР ТС 022/2011 «Пищевая продукция в части ее маркировки»	На упаковке может быть надпись «без глютена», контроль за содержанием глютена не обязателен

Специализированная пищевая продукция	Для специализированной пищевой продукции определены нормы содержания глютена: не более 20 мг/кг (20 ppm) в безглютеновой продукции	1. ТР ТС 027/2012 «О безопасности отдельных видов специализированной пищевой продукции, в том числе диетического лечебного и профилактического питания»	Обязательно наличие Свидетельства о государственной регистрации продукта как безглютенового
--------------------------------------	--	---	---

По ТР ТС 022/2011 для пищевой продукции, имеющей в составе зерновые компоненты, после перечисления состава продукта разрешено добавлять надпись «Не содержит глютен» в случае, если не использовались зерновые компоненты, содержащие глютен или глютен был удален (статья 4, часть 4.4, п. 16) [2].

При этом часть производителей продолжают маркировать товары надписью «не содержит глютен» или знаком перечеркнутого колоса, подразумевая, что в процессе производства продукта глютенсодержащие злаки не применялись. Однако данная надпись не гарантирует отсутствие возможного контакта продукта с глютеном в процессе производства, расфасовки, транспортировки и хранения.

В категории специализированной пищевой продукции ТР ТС 022/2011 регламентируются понятия «без глютена» и «с низким содержанием глютена». В этих случаях компания-производитель обязана получить Свидетельство о государственной регистрации (СГР ТС), которая подтверждает безопасность продукта при лечебном питании. СГР ТС нормирует более жесткие требования к составу и параметрам безопасности продуктов, но контроль за безопасностью производства не входит в обязательные требования для получения и остается в рамках ответственности производителя [2].

Как показывает практика, контроль за подлинным содержанием глютена в конечном продукте на производстве не ведется. В таком случае, покупая товары, маркированные как «без глютена», больные целиакией рискуют приобрести продукты с содержанием глютена более 20 мг/кг.

Несмотря на то, что в России есть компании-производители, выпускающие качественную безглютеновую продукцию, подавляющее большинство российских продуктов, маркируемых как «Без глютена», не имеют Свидетельства о государственной регистрации и, соответственно, не могут быть определены для лечебного питания при целиакии.

Согласно Межрегиональному общественному объединению «Союз педиатров», в России сертифицированные продукты для питания больных целиакией представлены также фирмами «GLUTANO» (Германия) и "Доктор Шер" (Италия). На мировом рынке такие продукты выпускают фирмы: Finax (Швеция), Moulas (Финляндия), Barkat (Англия), Organ (Австралия), Valio (Финляндия) [8].

Свидетельство о государственной регистрации – основной документ для регистрации специализированных продуктов не предъявляет четких требований к контролю за содержанием глютена. Детальное государственное регулирование требований к маркировке продукции «без глютена» окажет положительное влияние на качество жизни пациентов с целиакией и позволит в целом существенно уменьшить риск осложнений из-за нарушения безглютеновой диеты.

Список литературы

1. Технический регламент Таможенного союза "Пищевая продукция в части ее маркировки" (ТР ТС - 022 - 2011) от 9 декабря 2011 г, - 29 с.
2. Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 022/2011 «Пищевая продукция в части ее маркировки» (утверждён решением комиссии Таможенного союза от 9 декабря 2011 года N 880). Москва, - 2011.
3. Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 027/2012 «О безопасности отдельных видов специализированной пищевой продукции, в том числе диетического лечебного и профилактического питания» (утверждён решением комиссии Таможенного союза от 15 июня 2012 года N 34). Москва, - 2011.
4. COMMISSION REGULATION (EC) No 41/2009 of 20 January 2009 concerning the composition and labelling of food stuffs suitable for people intolerant to gluten/РЕГУЛЯ ЕВРОКОМИССИИ (ЕС) № 41/2009 от 20 января 2009 г.

5. Методы определения глютена в продовольственном сырье и пищевых продуктах: Методические указания.—М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2011.—32 с.
6. Сравн. New product development: The case of gluten-free food products. См: Gluten-free Cereal Products and Beverages, 2008, стр. 413-431. Alan L. Kelly, Michelle M. Moore, Elke K. Arendt.
7. Фарема Ю. В., Дубровская Н.О. Влияние нетрадиционного сырья на качество макаронных изделий // Сборник статей Международной научно-практической конференции «Роль науки в современном мире» (Уфа, 11.08.2017 г.). – Стерлитамак: АМИ, 2017. – 266 с.

СЕКЦИЯ №8.

ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)

СЕКЦИЯ №9.

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)

СЕКЦИЯ №10.

ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)

СЕКЦИЯ №11.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)

СЕКЦИЯ №12.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)

СЕКЦИЯ №13.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Николенко В.В., Кочкина Д.А., Николенко П.А.

Пермский государственный медицинский университет имени Е.А. Вагнера, г. Пермь

Актуальность: В настоящее время хантавирусные болезни отнесены к наиболее значимым заболеваниям, так называемым emerging (непредсказуемым) инфекциям, грозящим сложной эпидемической обстановкой в регионах. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) природно-очаговая вирусная инфекция с преимущественно респираторным путем инфицирования, актуальность которой для здравоохранения Пермского края велика и связана с ежегодно высокими показателями заболеваемости населения, периодически превышающих показатели РФ в 1,5-3,3 раза, а также высокой изменчивостью хантавирусов, что чревато появлением новых типов и генетических вариантов в новых регионах с высокой вирулентностью для человека {1,5}.

Цель: установить клинико-эпидемиологические особенности течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Пермском крае.

Материалы и методы: Проведено проспективное обследование 45 больных методом случайной выборки, госпитализированных в 2017 году с диагнозом геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в ГБУЗ ПК ПККИБ. Возраст больных варьировал от 35 до 67 лет. Мужчины составили 42,3±7,5%, женщины 57,7±7,5%.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на ПК с использованием встроенного пакета анализа табличного процессора MS Excel, с помощью статистической программы «Statistica-6».

Результаты

Следует отметить, что наиболее часто риску заболевания подвергались пациенты старше 40 лет - в 84,4±5,4% случаев. По данным литературы среди заболевших доминируют городские жители - до 70-80%, что связано с большей плотностью населения, а также низким уровнем иммунной прослойки {1}, что и подтвердилось в нашем исследовании - жители города Перми составили 68,8±6,9% заболевших, жители Пермского края - 31,2±6,8%.

Известно, что ГЛПС передается воздушно-пылевым путем, контактным - через поврежденные кожные, слизистые покровы, а также водным и алиментарными путями. У наших пациентов чаще отмечался воздушно – пылевой путь при вдыхании высохших испражнений инфицированных грызунов в 53,3±7,4% случаев, а также инфицирование происходило при питье некипяченой воды в 42,2±7,4% случаев. Реже в эпидемиологическом анамнезе упоминалось употребление шашлыков, термически необработанных овощей и прием пищи на туристических слетах - у 20,0±6,0% больных ГЛПС.

Известно, что основную роль в развитии синдромов ГЛПС играет поражение микроциркуляторного русла, что обусловлено действием вируса. При биомикроскопии конъюнктивы и других органов исследователями было обнаружено внутрисосудистые изменения в виде замедления кровотока, периваскулярного отека, наличия сладжа эритроцитов, которые способствуют замедлению кровотока {6}. В связи с выше сказанным по данным литературы в клинической картине геморрагической лихорадки с почечным синдромом выделяют до семи клинико - патогенетических синдромов: интоксикационный, гемодинамический, абдоминальный, почечный, геморрагический, респираторный, нейроэндокринный синдромы {2, 4}.

В обследуемой нами группе все пациенты имели характерный внешний вид выявлена гиперемия кожи лица, шеи, верхней половины туловища, также отмечалась пастозность век, инъеция сосудов склер. Следует отметить, что симптом «красной вишни» наблюдался у 8,9±4,2% пациентов, а одутловатость лица 33,4±7,0%, что несколько превосходит ранее полученные данные 6,7% и 30% соответственно {3}. Геморрагический синдром проявлялся петехиальной сыпью по ходу сосудов зарегистрированной нами у 42,2±7,4% пациентов, а также точечными геморрагиями на слизистых мягкого неба у 8,8±4,1%.

Синдром интоксикации с повышением температуры до фебрильной цифр наблюдался в 91,1±4,2% случаев при поступлении больных в стационар. Ряд авторов указывает на то, что температурная кривая при данной нозологии не имеет определенной закономерности и зачастую снижается литически на протяжении двух-трех дней {7}, что и было отмечено в нашем исследовании. У 6,6±3,7% пациентов в первые дни болезни на высоте лихорадки и интоксикации выявлены тошнота и рвота, в 30,0±6,7% боли в животе. Синдром гемодинамических нарушений регистрировался более, чем у половины обследованных - в 75,5±6,4% случаев, в виде гипотонии, тахикардии, нестабильной гемодинамики. Поражение легочной ткани из-за сосудистого компонента выявлено в 24,4±6,4% случаев и определялось как везикулярное жесткое дыхание при аускультации.

Почечный синдром явился наиболее значимым в диагностике инфекции. У всех пациентов отмечались боли в пояснице с первых дней заболевания, а также по данным ультразвукового исследования увеличение размеров почек в 1,5-2 раза. Олигурия развивалась у 93,3±3,7% пациентов, повышение креатинина до 380 мкмоль/л и мочевины до 12,1 ммоль/л, что составило 28,8±6,8% и 8,8±4,2% соответственно. При анализе общего анализа мочи у всех пациентов определялись изменения плотности мочи, увеличение количества лейкоцитов более 6-8 кл. наблюдалось в 91,1 ± 4,2% случаев, эритроцитов более 3-4 – в 26,6 ± 6,6%, белок выше 1 г/л определялся в 46,6 ± 7,4%. В анализе мочи по Нечипоренко: лейкоциты выше 4000 и эритроциты выше 1000 наблюдались в 84,4±5,4% и 24,4±6,4% соответственно.

В общем анализе крови изменения числа лейкоцитов и лейкоцитарной формулы носили динамический характер. Лейкопения наблюдалась в 20,0 ± 6,0% случаев, лейкоцитоз – в 80,0 ± 6,0%, лимфоцитоз – в 95,5 ± 3,1%.

Таким образом, в Пермском крае клиническая картина течения инфекции сопровождается классическими синдромами заболевания с доминированием поражения почек над развитием геморрагического синдрома, инфицирование в основном происходит воздушно – пылевым путем.

Список литературы

1. Валишин Д.А., Мурзабаева Р.Т., Иванис В.А., Суздальцев А.А., Фазылов В.Х. // Клинические рекомендации оказания медицинской помощи взрослым больным геморрагической лихорадкой с почечным синдромом // МАСОИ. - 2016 - №1. С. 15 – 16;
2. Валишин Д.А., Мамон А.П., Мурзабаева Р.Т., Мамон М.А., Мингазова Э.М. // Особенности клинического течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Башкирии // Актуальные вопросы экологии человека. Сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - 2015. С. 100-102;
3. Вахрушев Д.Н., Соломенников Н.М. // Современные особенности клинической картины ГЛПС // Вятский медицинский вестник. - 2009-№1. С. 54;
4. Дударев М.В., Пименов Л.Т. // Астенический синдром у больных, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом: клиническая характеристика и лечебная коррекция // Клиническая фармакология и терапия. Том 14, № 2, - 2005. - С. 25-29;
5. Иванис В.А., Бегун Л.А., Компанец Г.Г. // Клинические особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом, обусловленный вирусом Сеул // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2001. - №2. С. 58-61;
6. Павлов В.Н., Сафиуллин Р.И., Коржавин В.Г., Мустафин А.Т., Сахаутдинов Д.Р., Казихинуров А.А., Насибуллин И.М. // Синдром нижних мочевых путей у больных ГЛПС в период полиурии и реконвалесценции // Медицинский вестник Башкортостана. Том 7, №5, - 2012. – С. 51-56;
7. Ускова Ю.Г., Павелкина В.Ф., Альмяшева Р.З. // Интоксикационный синдром и его патогенетическое значение при геморрагической лихорадке с почечным синдромом // Научный альманах. № 1 (3). - 2015. С. 110-114.

БАЗА ЗНАНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ «ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НА ОБЛАЧНОЙ ПЛАТФОРМЕ

Петряева М.В., Шалфеева Е.А., Иунихина О.В., Компанец Г.Г.

(Петряева М.В., Шалфеева Е.А. - ФГБУН Институт автоматизации и процессов управления ДВО РАН; Иунихина О.В., Компанец Г.Г. - ФГБНУ НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Г.П. Сомова)
г. Владивосток

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) - острое вирусное природно-очаговое заболевание, вызываемое хантавирусами. В последние десятилетия по решению Всемирной Организации Здравоохранения хантавирусные инфекции включены в круг весьма актуальных и приоритетных проблем во всем мире, так называемых «emerging» (непредсказуемых) инфекций, грозящих сложными эпидемическими ситуациями [1]. Болезнь характеризуется циклическим течением и многообразием клинических вариантов от abortивных лихорадочных форм до тяжелых форм с массивным геморрагическим синдромом и стойкой почечной недостаточностью. Генерализованный характер инфекции с вовлечением в патологический процесс различных органов и систем обуславливает полиморфизм симптоматики независимо от этиологического агента [2].

В клинической картине заболевания выделяют семь клинико-патогенетических синдромов (общетоксический, гемодинамический, почечный, геморрагический, абдоминальный, нейроэндокринный, респираторный) и четыре периода течения (лихорадочный (3-7 дней), олигурический (6-12 дней), полиурический (7-17 дней), реконвалесценции (до 1 года)). Несмотря на то, что клиническая картина ГЛПС описана многочисленными авторами давно, это заболевание вызывает значительные трудности в диагностике и дифференциальной диагностике у практических врачей, ввиду большого разнообразия клинических проявлений. Особенно это проявляется на ранних стадиях инфекции, когда клиническая симптоматика имеет сходство с другими инфекционными заболеваниями (например, ОРВИ, грипп, пищевая токсикоинфекция, и другие) [3].

Облачные технологии предоставляют новые возможности для поддержки медицинской деятельности. Интеллектуальный сервис диагностики заболеваний, размещенный на облачной платформе IASaaS [4], обеспечивает процесс постановки диагноза по данным обследования пациента и формализованным экспертным знаниям, формируя для пользователя (врача) обоснование принятого решения. Сервис использует в процессе работы базу знаний о заболеваниях, сформированную экспертами под управлением моделей онтологии предметной области. История болезни пациента выбирается из базы историй болезни, тоже формируемой под управлением модели онтологии, и подается «на вход» сервису.

К настоящему времени сформирована база знаний, включающая заболевания нескольких разделов медицины: болезни пищеварительной системы (острый холецистит, хронический холецистит, острый холангит, склерозирующий холангит), болезни мочеполовой системы (аденома предстательной железы), болезни глаза и его придаточного аппарата и др.

Целью настоящей работы явилась формализация знаний о диагностике ГЛПС и включения их в базу знаний на медицинском портале облачной платформы IASaaS для проведения диагностики и дифференциальной диагностики.

База знаний описана в терминах онтологии диагностических знаний и системы медицинских понятий, используя основные понятия: симптомокомплекс, признак, характеристика, период динамики, вариант значений, модальность и др. [5]. Для заболевания ГЛПС сформирован основной симптомокомплекс, т.е. множество признаков, изменения значений которых являются симптомами заболевания. Основой для создания базы стал ретроспективный анализ историй болезни 209 пациентов ГЛПС с серологически подтвержденным диагнозом, госпитализированных в различные медицинские учреждения Приморского края (81,8% которых составили мужчины). Симптомокомплекс заболевания состоит из комплекса *жалоб и объективного исследования* и комплекса *лабораторных и инструментальных исследований*. Комплекс *жалоб и объективного исследования* включает описание 74 признаков (симптомов), характерных для данного заболевания, таких как: повышение температуры тела, ломота в мышцах и суставах, боль в животе, боль в спине, гиперемия кожи лица, кровотечение из носа, геморрагическая сыпь, отечность, снижение частоты мочеиспускания и т.д.). *Комплекс лабораторных и инструментальных исследований* включает описание 16 методов лабораторно-инструментальной диагностики, из которых такие специфические исследования как: исследование крови на выявление IgM и IgG к хантавирусам методом ИФА, исследование сыворотки крови и мочи на АТ к хантавирусу непрямым методом флуоресцирующих антител (НМФА), выявление РНК хантавируса методом ПЦР и др.

Описаны все варианты значений простых и сложных признаков с характеристиками и значениями во все периоды течения заболевания, для возможности диагностики в любой момент обращения пациента. Фрагмент сформированной базы знаний «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» представлен на рис. 1.

При формировании базы знаний о заболеваниях используется база терминов и наблюдений, также сформированная экспертами под управлением соответствующей модели онтологии. Референсные значения различных видов исследований могут отличаться интервалом в зависимости от пола пациента, или возраста. Например, референсный интервал уровня гемоглобина у мужчин несколько выше, нежели у женщин. А ряд биохимических показателей крови у детей очень отличается от показателей взрослых. Учитывая это, для ряда лабораторных и инструментальных показателей введены интервалы референсных значений и изменения показателей в зависимости от них. Это повышают информационную значимость оценки клинических проявлений у разных групп населения при формировании базы знаний. В то же время, в нашем исследовании, в рамках ограниченной выборки, характеризующейся доминированием в структуре заболеваемости пациентов мужского пола в работоспособном возрасте от 20 до 65 лет, статистически значимых отличий большинства лабораторных показателей, как по половому признаку, так и по возрастному, не выявлено.

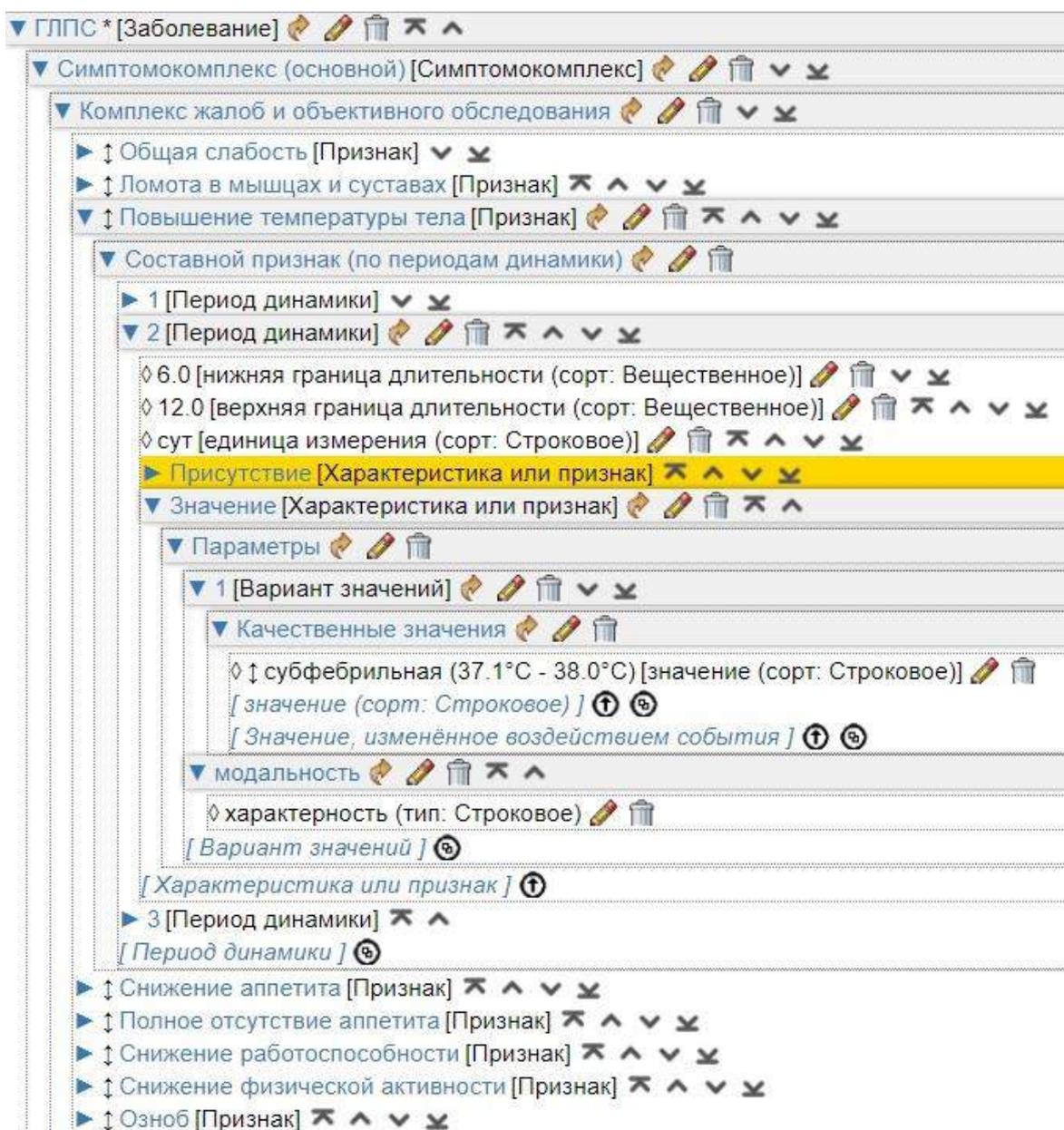


Рис. 1. Фрагмент базы знаний «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом»

Используя возможности удаленного доступа к программным сервисам и базам знаний портала, можно проводить диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний, а также осуществлять информационную поддержку и обучение молодых специалистов [6].

**Работа выполнена при частичной финансовой поддержке РФФИ, проект № 17-07-00956 и программы «Дальний Восток» 2018-2020 (проект 18-5-060).*

Список литературы

1. World Health Organization Methodology to Prioritize Emerging Infectious Diseases in Need of Research and Development. Emerg Infect Dis. 2018 Sep; 24(9). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6106429/> (дата обращения 15.09.2018).
2. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Клинические рекомендации. 2016. https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/gemorragicheskaya-likhoradka-s-pochechnym-sindromom_13959/ (дата обращение 24.09.2018).
3. Компанец Г.Г., Иунихина О.В., Максема И.Г., Иванис В.А., Захаров Н.Е., Верхотурова В.И.

- Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, вызванная хантавирусом Амур: особенности эпидемиологии и клиники // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26741> (дата обращения: 12.07.2018).
4. Проект IASPaas. Комплекс для интеллектуальных систем на основе облачных вычислений / Грибова В.В., Клещев А.С., Крылов Д.А. и др. // Искусственный интеллект и принятие решений. – 2011. – №1. – С.27–35.
 5. Грибова В.В., Петряева М.В., Окунь Д.Б., Шалфеева Е.А. Модель онтологии медицинской диагностики для интеллектуальных систем поддержки принятия решений в медицине // Онтология проектирования. – 2018. – Т. 8, №1(27). – С. 58-73.
 6. Грибова В.В., Москаленко Ф.М., Окунь Д.Б., Петряева М.В. Облачная среда для поддержки клинической медицины и образования // Врач и информационные технологии. - 2016. - №1. - С.60-66.

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)

К ВОПРОСАМ О ТЕРМИНАЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Иманвердиева Н.А.¹, Садретдинов Р.А.¹, Касымова Е.Б.¹, Арсанова Х.И.¹

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань

Герпесвирусная инфекция относится к числу наиболее социально значимых заболеваний, что обусловлено высокой восприимчивостью человека к вирусам герпеса и ежегодным ростом числа больных как за рубежом, так и в России, опережающим естественный прирост населения.

Вирус простого герпеса (ВПГ) является ДНК-содержащим вирусом и относится к подсемейству α -герпес-вирусов, характеризующихся коротким циклом репродукции, высокой тропностью к клеткам эпителиоидного ряда, а также выраженным цитотоксическим действием. В прошлом существовало мнение об избирательном поражении ВПГ-1 исключительно области лица, а ВПГ-2 – наружных половых органов, однако в последние десятилетия были получены данные об их общем тропизме, более того, роль ВПГ-1 в развитии полового герпеса во всем мире постоянно возрастает. Так, ВПГ-1 вызывает герпес лица в 80–90% случаев, а ВПГ-2 – в 10–20% [1, 2].

В настоящее время известно около 200 в разной степени изученных герпесвирусов, из них патогенными для человека являются 8 типов. Все они относятся к семейству *Herpesviridae*, которое делится на три подсемейства: α -herpesviruses, β -herpesviruses и γ -herpesviruses.

Альфа-вирусы (ВПГ-1, 2 и ВВ3). Вирус простого герпеса (ВПГ) представляют два типа: ВПГ-1, ВПГ-2. Это ДНК-содержащие вирусы, состоящие из центрально расположенного нуклеотида и белковой капсулы с высокой степенью гомологичности геномов. Особенностью оболочки является наличие лигандов

ко множеству рецепторных структур клеток хозяина, что позволяет поражать кожу, слизистые оболочки, эндотелий сосудов, клетки крови, центральную и периферическую нервные системы. Вирусоносительство встречается более чем у 90 % населения.

Вирус варицелла зостер (ВВЗ) представляет собой ДНК-содержащий вирус, являющийся возбудителем ветряной оспы и опоясывающего лишая. ВВЗ также может поражать кожу, слизистые оболочки, эндотелий сосудов, клетки крови, печень, центральную и периферическую НС.

Бета-вирусы (ЦМВ, ВГЧ-6 и ВГЧ-7). Цитомегаловирус (ЦМВ) - вирион содержит двухспиральную ДНК, окруженную гликопротеиновой оболочкой. Геном необычайно крупный - до 20 мкм. ЦМВ имеет широкий спектр путей инфицирования и может поражать практически любые клетки организма человека, поэтому спектр заболеваний, вызываемых этим вирусом, очень широкий. Вирус проявляет свою активность не только в условиях иммунодефицита, но и сам обладает иммунодепрессивными свойствами.

Вирус герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6) связан с таким заболеванием, как внезапная экзантема новорожденных (*Ex.subitum*, *Roseola infantum*).

Вирус герпеса человека 7-го типа (ВГЧ-7) был выделен в 1990 году из CD4+ Т-лимфоцитов периферической крови. Этот вирус может инфицировать практически все ядерные клетки периферической крови, начиная с CD34+ предшественников. ВГЧ-7 связывают с различными заболеваниями ЦНС и кожи аутоиммунной природы.

Гамма-вирусы (ЭБВ и ВГЧ-8). Эпштейна-Барр вирус (ЭБВ) был выделен в 1964 году Эпштейном и Барр. ЭБВ обладает тропизмом в основном к В-лимфоцитам, эпителию верхних дыхательных путей и эпителию желудочно-кишечного тракта. Как самостоятельный этиологический агент он выступает в случае инфекционного мононуклеоза и лимфомы Беркитта.

Вирус герпеса человека 8-го типа (ВГЧ-8). Некоторые области генома этого вируса имеют гомологию с ЭБВ и другими вирусами герпеса. ВГЧ-8 является новым трансформирующим вирусом человека, способствующим развитию злокачественного перерождения клеток.

В клинической практике дерматовенеролога наиболее часто встречается типичная форма рецидивирующего ПГ. Независимо от локализации патологического процесса заболевание в большинстве случаев начинается с субъективных ощущений – предвестников рецидива – в среднем за сутки до появления высыпаний, которые проявляются незначительно выраженными ощущениями в виде покалывания, зуда, жжения. Возможно также нарушение общего состояния: чувство разбитости, озноба, повышение температуры. Через 1–2 дня в зоне проекции субъективной симптоматики возникает эритема, умеренная отечность, на фоне которой начинают формироваться мелкие сгруппированные пузырьки полусферической формы. Содержимое пузырьков вначале прозрачное, затем мутнеет. Просуществовав несколько дней, они превращаются в эрозии, покрытые тонкими серозными корочками. Через 7–9 дней корочки отторгаются, оставляя после себя розоватое или буровато-коричневое вторичное пятно, регрессирующее, как правило, через 7–14 дней. У некоторых пациентов с частыми рецидивами герпеса на одном и том же месте или при присоединении вторичной инфекции на месте разрешившихся герпетических высыпаний могут остаться неглубокие мелкие рубчики. Рецидив ПГ часто сопровождается реакцией со стороны лимфатической системы в виде регионарного лимфаденита и лимфангита, присоединением вторичной инфекции, симптомами поражения периферической нервной системы. В более тяжелых случаях кожные проявления усугубляются симптомами общей интоксикации: субфебрильной температурой, потливостью, головной болью, недомоганием, болями в суставах, желудочно-кишечными расстройствами [3, 4, 6].

В более редких случаях наблюдаются атипичные проявления ПГ. Так, при присоединении вторичной стрептококковой инфекции образуются массивные коричневатые и длительно не отторгающиеся корки (рупиоидная форма герпеса). Образование геморрагического экссудата в пузырьках, ссыхающегося в кровянистые корочки, сопровождающееся выраженной болезненностью, характеризует геморрагическую форму. При локализации вирусного процесса на участках с рыхлой подкожно-жировой клетчаткой (губы, периорбитальная область) возникает отечная форма без образования пузырьков и корок. Частые обострения данной формы ПГ могут привести к развитию элифантиазоподобной формы (плотного хронического отека, нарастающего от рецидива к рецидиву). При зостериформной форме высыпания сопровождаются развитием болевого синдрома, в связи с вовлечением в патологический процесс различных пар черепно-мозговых нервов (чаще тройничного и лицевого). Эти симптомы исчезают вместе с регрессом сыпи и возобновляются с очередным рецидивом [6].

Одной из причин эпидемии заболевания является плохая диагностика субклинических или атипичных форм герпесвирусной инфекции. В таких случаях реактивация вируса наблюдается реже, чем при реци-

дивизирующем течении заболевания с клиническими проявлениями. Установлено, что после первичного инфицирования вирус герпеса мигрирует от места инокуляции по периферическим нервам до спинальных и церебральных ганглиев, где и остается «спящим» и неуязвимым для противовирусных препаратов. Под влиянием провоцирующих факторов происходит реактивация вируса и его дальнейшая миграция по периферическим нервам. При этом происходит раздражение нервных окончаний, приводящее к продромальным ощущениям в виде покалывания, жжения или зуда, так называемым предшественникам везикулезных высыпаний. Однако возможна бессимптомная продукция вируса на слизистых оболочках, которая связана с недостаточностью местных механизмов иммунной защиты. Следовательно, вирус герпеса способен передаваться и в период клинической ремиссии рецидивирующей герпесвирусной инфекции. Такое хроническое вирусное выделение может стать причиной инфицирования полового партнера, новорожденных, развития неонатальной ГВИ.

Клинически герпес-инфекция у детей может протекать в виде ветряной оспы (ВВЗ), инфекционного мононуклеоза (ВЭБ), внезапной экзантемы (ВПГ-6,7), афтозного стоматита (ВПГ-1,2), мононуклеозоподобного синдрома (ЦМВ). У подростков и взрослых людей часто инфекция протекает бессимптомно, что объясняется биологическими свойствами штаммов, так и индивидуальными особенностями иммунного ответа. Часто при снижении иммунореактивности организма герпес-вирусы выступают в качестве вирусов-оппортунистов, приводя к более тяжелому течению основного заболевания, развитию осложнений. Велика роль ГВИ, особенно ЦМВ, в формировании младенческой смертности. Наибольшую угрозу для жизни и здоровья детей представляют герпетические нейроинфекции — летальность при них достигает 20%, а инвалидизация — 50%. Тяжело протекают офтальмогерпес (развитие катаракты или глаукомы — до 50%), генитальный герпес, генерализованная форма Эпштейна–Барр-вирусной инфекции [1].

Пациенты с кожными проявлениями ГВИ часто встречаются в практике дерматовенеролога, при этом основными нозологическими формами являются ПГ кожи и слизистых, в том числе и с рецидивирующим течением; опоясывающий лишай; реже - вирусные осложнения у больных атопическим дерматитом и другими дерматозами, именуемые герпетиформная экзема Капоши или варицеллеформный пустулез.

Список литературы

1. Кускова Т. К., Белова Е. Г. Семейство герпес-вирусов на современном этапе // Лечащий Врач. 2004.
2. Буданов П.В. Проблемы терапии рецидивирующего генитального герпеса // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т. 3
3. Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес. Дерматологические аспекты. – М.: МЕДпресс-информ, 2002.
4. Баскакова Д.В., Халдин А.А., Брико Н.И. Клинико-эпидемиологические характеристики заболеваний, вызванных вирусом простого герпеса // Рос. журн. кож. и вен. бол. (Прилож. «Герпес»). – М., 2006
5. Степаненко В. Комплексная диагностика и терапия герпеса // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2008.
6. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека. Руководство для врачей. СПб. 2013.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Иманвердиева Н.А.¹, Садретдинов Р.А.¹, Касымова Е.Б.¹, Арсанова Х.И.¹

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань

Проблема герпеса очень актуальна. Несмотря на то, что абсолютной статистики в мире по заболеваемости отдельными формами нет, можно сослаться на данные экспертного сообщества, которые говорят о том, что примерно 90% населения земного шара инфицированы различными типами вируса простого герпеса. Герпесвирусная инфекция (ГВИ) относится к числу наиболее социально значимых

заболеваний, что обусловлено высокой восприимчивостью человека к вирусам герпеса и ежегодным ростом числа больных герпесвирусными инфекциями как за рубежом, так и в России, опережающим естественный прирост населения. Согласно данным серологического обследования около 90% всего населения планеты инфицировано одним или несколькими серотипами вируса простого герпеса (ВПГ). За последние 5 лет прирост зарегистрированных случаев по отдельным формам герпесвирусной инфекции составляет 90%. Рецидивирующими формами заболевания страдают от 25 до 30% инфицированных людей, у 30% инфекция обнаруживается в субклинической и латентной форме. Особенности современного течения герпесвирусной инфекции являются длительно рецидивирующий характер заболевания, нередко атипичная клиническая картина, появление штаммов возбудителей, устойчивых к стандартным лекарственным препаратам [3].

Герпесвирусы являются широко распространенными вирусами, с которыми человек встречается в раннем детстве. Большинство людей переносят первичное инфицирование одним или несколькими герпесвирусами, которые остаются в латентном состоянии в течение жизни. Очень часто первичная инфекция проходит бессимптомно, но может возникнуть развитие симптомов в зависимости от иммунного ответа организма.

В настоящее время известно около 200 в разной степени изученных герпесвирусов, из них патогенными для человека являются 8 типов. Все они относятся к семейству *Herpesviridae*, которое делится на три подсемейства: α -herpesviruses, β -herpesviruses и γ -herpesviruses.

Среди всех герпесвирусов наиболее часто встречаются члены подсемейства Alphaherpesvirinae: вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов (ВПГ-1 и ВПГ-2; Herpes simplex virus-1 и Herpes simplex virus-2), вызывающие фациальные (лабиальные, орофациальные) и генитальные поражения кожи и слизистых, а также вирус Varicella zoster (Human herpesvirus-3), являющийся этиологическим фактором ветряной оспы и опоясывающего лишая [5].

Попав в организм человека контактным или, реже, воздушно-капельным путем, вирус остается там пожизненно, сохраняясь в сенсорных паравертебральных ганглиях. Обострения ГВИ могут возникать после воздействия провоцирующих факторов: переохлаждения, инсоляции, стресса, физических нагрузок, механической травматизации, приема алкоголя, изменения гормональных ритмов, ослабления иммунитета. Высыпания при ПГ чаще всего располагаются в области лица, на красной кайме губ, преддверии и крыльях носа, периральной области, на подбородке, значительно реже – в области щек и лба [6].

Инфекция характеризуется повсеместным распространением, широким разнообразием, полиорганностью поражения, многообразием клинических проявлений, а также высокой частотой хронического течения. Герпес-ассоциированные заболевания входят в число наиболее распространенных и плохо контролируемых инфекций человека. Это связано с тем, что герпесвирусы могут длительно бессимптомно циркулировать в организме человека с нормальной иммунной системой, а при иммуносупрессии способствовать развитию тяжелых заболеваний, вплоть до угрожающих жизни генерализованных инфекций [2].

Герпетическую инфекцию относят к группе вируспродуцированных иммунодефицитов. ВПГ способен размножаться в Т- и В-лимфоцитах, что приводит к снижению их функциональной и специфичной реактивности. У больных рецидивирующим герпесом выявляются снижение индуцированной продукции ИФН α и ИФН γ и значительные изменения уровня сывороточного ИФН, характерные для хронических вирусных инфекций. У больных ГВИ снижена продукция эндогенного интерферона, активность натуральных киллеров и антителозависимая клеточная цитотоксичность, уменьшено абсолютное число и снижена активность Т-лимфоцитов (CD3+ и CD4+ клеток) и нейтрофилов, повышено количество иммунных комплексов. В условиях ослабленного иммунологического контроля не только становится невозможной полная элиминация внутриклеточно расположенного вируса, но и создаются благоприятные условия для распространения вируса от клетки по межклеточным мостикам или экстрацеллюлярным путем. Нарушения в иммунном статусе сохраняются как в фазе рецидива, так и в фазе ремиссии, что необходимо учитывать при лечении больных ГВИ [1].

В прошлом существовало мнение об избирательном поражении ВПГ-1 исключительно области лица, а ВПГ-2 - наружных половых органов, однако в последние десятилетия были получены новые данные: ВПГ-1 вызывает оролабиальный герпес лица в 80 - 90% случаев, а ВПГ-2 - в 10 - 20% [1]. Врачи дерматологи, офтальмологи, косметологи имеют дело, как правило, с кожными проявлениями заболевания, но не стоит забывать, что вирус простого герпеса и другие герпесвирусные инфекции системные, и могут поражать любые органы и системы. Сегодня описаны и бронхиты, и циститы герпетической природы, и

неврологические состояния, которые могут быть обусловлены герпесвирусными инфекциями. Поэтому среди подавляющего большинства проявлений отмечают на коже и видимых слизистых, но есть и тяжелые системные формы заболевания.

Рецидивирующими формами герпеса страдают от 10 до 20% населения, а ежегодный прирост составляет 15—17%. По данным зарубежных исследований, только у 20% инфицированных вирусом герпеса установлено это заболевание, у 60%, несмотря на явные симптомы, герпес остается нераспознанным, а у 20% лиц он протекает бессимптомно.

Герпетиформная экзема Капоши (ГЭ) — это диссеминированная ГВИ, которая осложняет течение atopического дерматита (АтД) или экземы, а также буллезных хронических дерматозов, ожогов II—III степени тяжести, болезни Дарье, грибовидного микоза, синдрома Сезари. Основные клинические проявления — повышение температуры тела, увеличение лимфатических узлов, специфическая кожная сыпь, переходящая в кровотокающие эрозии, чаще дебютирующая в области кожи лица, но быстро диссеминирует, часто присоединяется пиодермия, нарушается общее состояние больных.

Полиморфная эксудативная эритема (ПЭЭ) — острое реактивное заболевание кожи и слизистых оболочек, развивающееся в ответ на действие инфекционных агентов (бактерии, грибы, вирусы), медикаментов (сульфаниламиды, пенициллины, барбитураты, аллопуринол, фенилбутазон), а также при системных аутоиммунных и онкогематологических заболеваниях. В последние годы обоснованно считают, что причиной части случаев ПЭЭ является персистирующая инфекция ВПГ, которая проявляется рецидивами лабиального герпеса, однако может быть бессимптомной. Подобные случаи выделены в особую разновидность заболевания и получили наименование герпесассоциированная ПЭЭ (НАЕМ, herpes-associated erythema multiforme). Доказательством этиологической роли ВПГ в ПЭЭ служит обнаружение ДНК ВПГ-1 и ВПГ-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в биоптатах кожи у 60% из числа обследованных пациентов с НАЕМ, причем у 66,7% больных обнаружили ВПГ-1, у 27,8% — ВПГ-2, у 5,6% — оба типа вируса. Показано, что НАЕМ рецидивирует у 20—25% пациентов, при этом число рецидивов составляет от 4 до 24 в течение года.

Опоясывающий герпес (ОГ), или опоясывающий лишай — спорадическое заболевание, представляющее собой реактивацию латентной вирусной инфекции, вызванной вирусом герпеса 3-го типа, поражающее преимущественно кожный покров и нервную систему, в отдельных случаях — конъюнктиву и роговицу. Риск возникновения ОГ увеличен у пациентов с хроническими заболеваниями, такими как ревматоидный артрит и другие аутоиммунные поражения, обструктивные заболевания легких, заболевания почек, сахарный диабет 1-го типа, лимфопролиферативные заболевания, причем сочетание нескольких факторов риска особенно значимы для пациентов более молодого возраста. Наиболее часто ОГ развивается у больных с онкопатологией, иммунокомпроментированных субъектов, инфицированных ВИЧ, пациентов, получающих системную иммунодепрессивную терапию [4].

Список литературы

1. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. *Герпесвирусные инфекции человека*. Руководство для врачей. СПб. 2013.
2. Каражас Н. В. *Современные аспекты герпесвирусной инфекции*: Методические рекомендации, 2012.
3. Кускова Т. К., Белова Е. Г. *Семейство герпес-вирусов на современном этапе* // Лечащий Врач. 2004.
4. Под ред. Кубановой А.А. *Опоясывающий герпес*. Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов. М. 2010.
5. Филатова Т. Г. *Герпесвирусная инфекция*. Учебное пособие. Петрозаводск, 2014.
6. Olesen AB. *The Chronic Skin Disease and Risk of Infection*. Open Infectious Diseases Journal. 2012

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)**

**ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ РИСКА
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОССИИ**

Апухтин А. Ф.

ФГБУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет

В настоящее время в России в целях улучшения демографии и профилактики сердечно-сосудистых осложнений (ССО), акцент делается на стратегии профилактики «высокого риска». Популяционную стратегию по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) реализуют европейские страны, не популярные в России в силу ряда причин. По данным Федеральной антимонопольной службы (ФАС) в России, реализация популяционной стратегии профилактики препятствует рыночным отношениям. В странах Европейского Союза, применение популяционной стратегии профилактики с уменьшением трех ключевых факторов риска ССЗ, таких как прекращение курения, нормализация показателей холестерина крови и артериального давления, сопровождается существенным снижением частоты распространения основных ССЗ их осложнений. В эпоху СССР, до существования Евросоюза, следование принципам профилактической медицины являлось одной из заповедей клятвы врача. Предупреждение болезней путем популяционной стратегии, постулировалось в СССР в качестве приоритетных врачебных задач. Вероятно поэтому, демографические потери от ССЗ были самыми низкими за все время существования отечественной медицины.

Несмотря на очевидные преимущества популяционной стратегии профилактики ССЗ ФАС России отказала Минздраву в согласовании проекта «Стратегия формирования здорового образа жизни до 2025

года» [1]. Большинство предложений разработанной стратегии в Федеральной антимонопольной службе сочли нереалистичными и избыточными. Чиновники ФАС обратили внимание, что предложенные Минздравом меры, направленные на сокращение потребления табака и алкоголя в России, предусматривают расширение уже действующих ограничений и устанавливают ранее не предусмотренные запреты и расходы для предпринимателей. При этом чиновники в ФАС отстаивают эффективность действующих ограничительных норм и не видят необходимости введения новых ограничительных барьеров для торговли алкоголем.

Предложенное Минздравом увеличение акцизов на алкоголь, считают в ФАС, может создать предпосылки к уменьшению объемов производства легальной продукции и увеличению доли нелегального рынка. А запрет розничной продажи дешевых спиртосодержащих жидкостей (типа «Боярышник») вообще является избыточной мерой, так как данную проблему можно решить, добавив к такой продукции компоненты, вызывающие рвотный рефлекс. При этом не гарантировано, что композитные компоненты как легально, так и нелегально произведенного алкоголя не относятся к не предусмотренным расходам для предпринимателей, фармакологически безопасны и не угрожают жизни простых россиян, погибающих от случайного употребленного алкоголя [2]. Одновременно в конце сентября 2018 Минпромторг предложил законопроект снимающий ограничения на розничную продажу пива, пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи в алюминиевой банке, произведенной в ЕАЭС, в нестационарных торговых объектах (киосках, ларьках и т. д.). Данный законопроект предлагает отменить запрет на торговлю такой продукцией ночью. Данным предложением Минпромторг решил оказать помощь Российским производителям алюминия в ответ на введение экономических санкций со стороны США льготами для алюминиевых банок содержащих алкогольную продукцию.

В тоже время предложение Минздрава об увеличении потребления населением продуктов, богатых пищевыми волокнами цельнозерновых изделий, орехов, бобов, свежих фруктов, овощей, рыбы и оливкового масла с помощью «актуализации» потребительской корзины в ФАС сочли надуманной. В ведомстве посчитали, что потребление населением тех или иных продуктов зависит не от профилактической актуализации потребительской корзины, а от уровня материального обеспечения граждан, которые могут одновременно быть потребителями алкоголя и никотина.

Еще одна мера – введение маркировки полезных продуктов питания, – по мнению ФАС, создаёт дискриминационные условия для их производителей. Дискриминационным и преждевременным в ФАС сочли предложение установить акцизы на сладкие напитки и продукты с высоким содержанием сахара, так как отсутствуют сведения об объемах реального потребления указанной продукции. Хотя широко известны показатели роста ожирения среди Российских школьников и подростков, в не последнюю очередь, вследствие роста употребления молодежью данных продуктов.

О трудностях согласования проекта Стратегии ЗОЖ между федеральными ведомствами в апреле 2017 года сообщал главный внештатный специалист Минздрава по профилактической медицине Сергей Бойцов. Окончательный вариант документа до сих пор не согласован, хотя первоначально планировалось, что он будет утвержден до 1 января 2018 года.

Несмотря на трудности согласования проекта Стратегии ЗОЖ между федеральными ведомствами Федеральная антимонопольная служба (ФАС) при вынесении решения руководствовалась преимущественно собственными предубеждениями, актуализированными потребительскими амбициями и потребительским беспределом, уже повлекшим цепную реакцию в виде массовых обращений граждан в судебные органы. Реакцией в сфере оказания медицинских услуг населению, является эффект «защитной медицины»-отказ врачей от необходимых и эффективных методов диагностики и лечения, не связанных с большим риском [3].

Количество судебных дел в медицине, без учета жалоб в ТФОМС, последние годы растет. Это приводит к тому, что опасаясь ответственности и жалоб граждан ведущих, по мнению ФАС, достаточно «здоровый» образ жизни врачи для минимизации своих рисков в диагностике и лечении будут избегать использования в работе методов целесообразности, эффективности и достаточности. Предпосылки к этому есть. Опрос врачей города Волгограда проведенный автором обнаружил психологическую неготовность врачебных кадров заниматься вопросами инноваций [4]. Среди других основных причин, препятствующих практическому внедрению врачебных и медицинских инноваций в опросах 2009-2014гг многие врачи отметили несовершенство законодательной базы [5].

Одной из причин противодействий ФАС принятию парадигмы популяционной профилактики на уровне правительства, по мнению не только врачебной общественности, является одна из четырех

стратегических целей ФАС России - предотвращение и пресечение антиконкурентного вмешательства органов государственной власти и местного самоуправления в функционирование рынков, повышение эффективности использования бюджетных средств при размещении государственного и муниципального заказа. Качество услуг предоставляемых рынком, для ФАС, очевидно, имеет второстепенное значение. Очевидно, поэтому ФАС не допускает в интересах потребителя, вмешательств органов государственной власти и местного самоуправления в вопросы торговли контентом, «полезным» с точки зрения развития экономики, но не улучшения демографии населения.

Выводы.

1. Установлено несовершенство законодательной базы для внедрения медицинских и, в частности, врачебных инноваций в опросах 2009г и 2014г врачей региона г. Волгограда.
2. Вследствие, вероятно, роста потребительского «терроризма» отмечается проблема психологической неготовности врачей заниматься врачебными и медицинскими новациями.
3. В российском законодательстве отсутствуют нормы, препятствующие антимонопольному регулированию и "иммунитету" от нерационального антимонопольного регулирования со стороны ФАС в отношении торговли сомнительным для здоровья населения контентом.
4. Одной из причин непринятия правительством парадигмы ЗОЖ является несовершенство статей ФЗ-135 (ред. От 29.07.2017г «О защите конкуренции» и действий по ним ФАС.

Список литературы

1. ФАС отклонила Стратегию формирования здорового образа жизни. <http://vademec.ru/news/2018/01/25/fas-otklonila-strategiyu-formirovaniya-zdorovogo-obrazazhizni/17>.
2. Умер известный российский травматолог Владимир Юлов. Источник: <https://ria.ru/incidents/20180106/1512207315.html>
3. Бескаравайнова Т. Потребительский терроризм приводит к отказу врачей от новых методов лечения. Источник: <https://medvestnik.ru/content/news/Potrebiteľskii-terrorizm-privodit-k-otkazu-vrachei-ot-novyh-metodov-lecheniya.html>
4. Апухтин А.Ф., Апухтина М.В. Психологические проблемы и трудности инновационного развития практической медицины регионального уровня. В сборнике: Медицина в XXI веке: тенденции и перспективы. Материалы III Всероссийской конференции с международным участием. Сервис виртуальных конференций Рах Grid; ИП Синяев Д.Н. 2014. С.12-13.
5. Апухтин А.Ф. Мнения врачей о технической оснащенности регионального здравоохранения и внедрениях врачебных новаций за пять лет. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2014 №2(50). С.17-19.

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)

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Арсанова Х.И, Касимова Е.Б, Башкина О.А, Иманвердиева Н.А.

Астраханский Государственный Медицинский университет, г. Астрахань

Частая респираторная заболеваемость у детей остается актуальной проблемой современной педиатрии. Особый интерес представляют заболевания дыхательной системы с рецидивирующим течением. В структуре этих заболеваний у детей существенное место занимает рецидивирующий бронхит (РБ). РБ отличает обратимость бронхиальных изменений и, несмотря на нетяжелое клиническое течение, сложность дифференциальной диагностики с другой респираторной патологией (бронхиальной астмой, пневмонией) [1–5, 7].

Многочисленные публикации по проблеме РБ не отвечают на ряд важных вопросов о причине возникновения этого заболевания, особенностях этиопатогенетических и клинических аспектов [1, 6, 8].

В.К. Таточенко и ряд других исследователей указывают на более высокую распространенность рецидивирующих бронхитов в экологически неблагоприятных зонах у детей дошкольного возраста и на ее снижение в младшем школьном возрасте, объясняя этот факт процессами адаптации [5, 8]. Наблюдения В.К. Таточенко показали, что частота РБ в расчете на 1000 детей (1–15 лет) колеблется в разных поликлиниках от 1,8 до 3,7. Удельный же вес РБ среди всей учитываемой бронхолегочной патологии составил 34,3 % для детей в возрасте 2–3 лет, 23,6 % — для детей 4–6 лет, 25,7 % — для детей 7–9 лет, 13,5 % — для детей 10 лет и старше.

РБ у детей раннего и дошкольного возраста, согласно многочисленным проведенным исследованиям, чаще возникает под воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды: пассивное курение, загрязнение вне- и внутрижилищного воздуха, плохие материально-бытовые условия; часто болеющие родственники в окружении ребенка; при наличии отягощенного перинатального анамнеза (угроза прерывания беременности, предшествующие мертворождения, внутриутробное инфицирование и т. д.), при наследственной предрасположенности к респираторным болезням. Существенное значение имеет посещение детских дошкольных учреждений [1, 5, 6, 7].

Основное в патогенезе РБ — нарушение вентиляционной и дренажной функции бронхов. Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы у детей первых трех лет жизни (узость воздухоносных путей, рыхлость и гидрофильность слизистой оболочки бронхиального дерева, ее склонность к отеку и гиперсекреции на фоне воспалительного процесса), вероятно, одна из основных причин появления симптомов бронхита. В раннем возрасте интенсивно происходит процесс дифференцировки бронхолегочных структур с формированием бронховаскулярного и аэрогематического барьеров, активное формирование местного иммунитета. По всей видимости, этим можно объяснить незащищенность респираторного тракта у детей первых трех лет жизни: морфофункциональная незрелость дыхательного тракта и его регуляции; неустановившийся микробиоценоз слизистых оболочек, иной качественный уровень иммунной защиты организма [1, 6, 8]. В процессе дифференцировки бронхолегочной системы к 7 годам частота РБ значительно снижается [5, 6].

Рецидивирующие обструктивные бронхиты у детей привлекают пристальное внимание педиатров в связи с их распространенностью, отсутствием четких диагностических критериев и трудностью терапии [8]. Наиболее частой этиологией обострений рецидивирующих бронхитов являются респираторные вирусы [5]. Наиболее частой причиной острого респираторного заболевания и бронхообструкции у детей раннего возраста являются респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа 3 типа и аденовирус [1–7]. РС-вирусная и парагриппозная 3 типа инфекции обуславливают большинство обструктивных форм бронхитов, остальные вирусы вызывают не более 10–20% случаев [2]. У старших детей важное значение имеют инфекции *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* [1, 2, 5]. Исследования позволили получить данные о том, что «атипичные» (внутриклеточные) возбудители — хламидии и микоплазмы — играют важную роль в формировании гиперреактивности бронхов, которая лежит в основе развития бронхиальной астмы. Выраженный тропизм *Mycoplasma pneumoniae* к слизистым дыхательных путей обусловлен особенностями строения поверхностных антигенов возбудителя. При этом ферменты, синтезируемые микоплазмой, оказывают неблагоприятное воздействие на эпителий, ведут его к гибели. Процессы воспаления ограничиваются слизистыми верхних дыхательных путей. Но нередко инфекционный процесс

распространяется на нижние отделы органов дыхания с развитием воспаления бронхов (микоплазменный бронхит) и легких [6,8]. Среди бактериальных возбудителей, вызывающих респираторные заболевания, ведущими являются *Str. pneumoniae*, *Str. viridans*, *Haemophilus influenzae*, *Staph. Aureus* [6,8]. Предрасполагающими факторами в развитии рецидивирующих бронхитов являются: перинатальная патология, рахит, гипотрофия, гиперплазия тимуса, искусственное вскармливание, отягощенный аллергический анамнез. Предрасполагающими анатомофизиологическими факторами рецидивирующих бронхитов является наличие у них гиперплазии железистой ткани, узость дыхательных путей, меньший объем гладких мышц, недостаточность местного иммунитета [6,7,8].

Первой реакцией слизистой оболочки трахеобронхиального дерева на внедрение повреждающего инфекционного агента является развитие воспалительной реакции с гиперсекреции слизи. До определенного момента гиперпродукция слизи носит защитный характер, но при прогрессировании болезни избыточное ее образование может нарушить дренажную функцию бронхов и влиять на бронхиальную проходимость. Повышение вязкости слизи, замедление скорости ее продвижения способствует фиксации и более глубокому проникновению респираторных микроорганизмов в толщу слизистой оболочки. Это приводит к усугублению воспалительного процесса, провоцирует дальнейшее повреждение слизистой оболочки. Мукоцилиарный клиренс, связанный с работой ресничек эпителиальных клеток, нейтрофилы и макрофаги, мигрирующие из кровеносного русла, относятся к быстрореагирующим механизмам неспецифической защиты. Формирование специфического иммунитета идет с участием индуктивных слизистых оболочек, к которым относятся глоточное лимфатическое кольцо (кольцо Вальдейера – Пирогова) и бронхоассоциированная лимфоидная ткань (БАЛТ) [8]. Нарушения мукоцилиарного клиренса и явления местного иммунодефицита создают оптимальные условия для колонизации микроорганизмов. Густая и вязкая бронхиальная слизь со сниженным бактерицидным потенциалом – хорошая питательная среда для различных микроорганизмов (бактерии, вирусы, грибы). Это может быть следствием реактивации аутофлоры [3].

Большое значение в развитии РБ отводится анте- и перинатальным факторам. У детей, родившихся у матерей с преэклампсией, гипертензией, диабетом, повышен риск развития ранней транзиторной, персистирующей обструкции, назначение антибиотиков во время родов может обуславливать как раннюю транзиторную, так и персистирующую обструкцию [2-8].

Синдром бронхиальной обструкции при заболеваниях легких у недоношенных детей связывают с комбинацией незрелости легких, оксигенотерапии и вентиляционной поддержки (бронхолегочная дисплазия). Прежде всего, это касается детей с низкой массой тела при рождении и тяжелым неонатальным респираторным заболеванием. Однако недоношенные дети с изначальным отсутствием заболеваний неонатального периода также имеют сниженную респираторную функцию при обследовании в более позднем возрасте. Механизм снижения функции дыхательных путей у детей, родившихся недоношенными, не детерминирован и может быть результатом более мелкого размера дыхательных путей и снижения эластичности легочной ткани, что вторично ведет к изменению альвеоляризации легочной паренхимы [3, 4].

Таким образом, приведенные литературные данные свидетельствуют о том, что этиопатогенез РБ сложен, не все его звенья достаточно изучены. Дальнейшие исследования в этом направлении позволяют оптимизировать критерии прогнозирования риска возникновения РБ у детей [4,6]

Список литературы

1. Abbing-Karahagopian, V. Effect of endotoxin and allergens on neonatal lung function and infancy respiratory symptoms and eczema / V. Abbing-Karahagopian, A. C. van der Gugten, C. K. van der Ent, C. Uiterwaal, M. de Jongh, M. Oldenwening, B. Brunekreef, U. Gehring // *Pediatric Allergy Immunology*. – 2012. – Vol. 23, № 5. – P. 448–455.
2. Геппе, Н. А. Причины бронхиальной обструкции у детей и направления терапии / Н. А. Геппе, Н. А. Селиверстова, В. С. Малышев, Н. Г. Машукова, Н. Г. Колосова // *Русский медицинский журнал*. – 2011. – Т. 19, № 22. – С. 1333–1404.
3. Геппе, Н. А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей / Н. А. Геппе // *Педиатрия*. – 2012. – Т. 91, № 3. С. 76–82.
4. Зайцева, О. В. Бронхиальная астма и респираторные инфекции у детей / О. В. Зайцева // *Медицинский совет*. – 2013. – № 1. – С. 34–41.
5. Зайцева О. В. // *Consilium medicum* прилож. Педиатрия. – 2006. – №1. – С.38–41

6. Савенкова Н. Д., Рецидивирующий бронхит у детей :состояние проблемы. / Н. Д. Савенкова, А.А. Джумагазиев, Д.А. Безрукова// Астраханский медицинский журнал. – 2014. - Т.9, № 1. – С. 29-37.
7. Серeda, Е. В. Механизмы бронхиальной обструкции и терапевтическая тактика при бронхитах у детей / Е. В. Серeda, О. Ф. Лукина, Л. Р. Селимзянова // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 5. – С. 77–86.
8. Таточенко В. К. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство. М: ПедиатрЪ 2012; 480.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Шанова О.В., Лобанова Е.С., Белых В.А.

ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России, г. Благовещенск

Недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в педиатрии посвящено большое число научных работ. Однако точных данных о ее распространенности у детей и подростков на сегодня не существует, что обусловлено нечеткостью учитываемых фенотипических признаков, отсутствием общепринятых диагностических критериев и унифицированной терминологии. Учитывая неблагоприятную тенденцию в последние годы к ухудшению состояния здоровья детей, вопросы диагностики дисплазий соединительной ткани, а также выяснения их роли в возникновении и развитии различной соматической патологии остаются актуальными. Поэтому раннее выявление клинических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани приобретает высокую практическую и социальную значимость.

Целью работы была определение фенотипических проявлений диспластических изменений соединительной ткани у детей и подростков с кардиологической патологией.

Материалы и методы

Для этого нами было проведено обследование 31 ребенка в возрасте 5-17 лет, находившихся на лечении в педиатрическом отделении ГАУЗ АО ДГКБ г. Благовещенска. Средний возраст пациентов составил $12,3 \pm 2,7$ лет. Из общего числа обследуемых количество девочек составило 17 (54,8%), а мальчиков 14 (45,2%) человек. Всем пациентам проводилось клиническое, лабораторное и функциональное обследование. Для выявления фенотипических маркеров дисплазии соединительной ткани проводили объективный осмотр, подвижность суставов оценивали по стандартным методикам Бейтона. Обработку фактических данных осуществляли с помощью программ STATISTICA 6.0.

Результаты исследования

Дети находились на лечении в педиатрическом отделении с миокардиодистрофией (51,6%) и вегетативной дисфункцией (48,4%). Сопутствующая патология была представлена заболеваниями щитовидной железы (эндемический зоб (6,4%), аутоиммунным тиреоидитом (16%)), мочевыделительной системы (нефроптоз 3,2%), опорно-двигательного аппарата 74,2% (сколиоз, нарушение осанки). В среднем на одного пациента приходилось 2-3 нозологические единицы, с которыми дети и подростки состоят на диспансерном учете у разных специалистов. Наиболее частыми жалобами были проявления астенического (45,2%), кардиалгического (38,7%) и аритмического (22,6%) синдромов.

Основные внешние признаки соединительнотканых заболеваний можно разделить на три большие группы: костно-суставные, кожные и мышечные. Костно-суставные признаки были выявлены в 100% случаев и представлены следующими проявлениями: гипермобильность суставов-71%, сколиоз-54,8%, воронкообразная грудная клетка-32,2%, аномалии прорезывания зубов-19,4%, кифоз-10%, плоскостопие-3,2%.

Кожные признаки отмечались у 93,5% обследуемых, из них повышенная растяжимость кожи-72,4%, носовые кровотечения -37,9% , келлоидные рубцы - 17,2% .

Мышечные признаки выявлены у 87%. Структура представлена следующим образом: мышечная гипотония 48,1% , пупочная грыжа-11% , паховая грыжа 14,8 .

Используя балльную оценку внешних признаков вовлечения соединительной ткани, диагностически значимые 12 и более баллов имели 83,9% обследуемых [1,3].

По данным УЗИ сердца признаки ДСТ были диагностированы у 80,6% детей. Наиболее распространенными были дополнительные трабекулы левого желудочка (ДТЛЖ) - 58,1%. С меньшей частотой был диагностирован пролапс митрального клапана (ПМК) - 16,1%. Открытое овальное окно в сочетании с аневризмой межпредсердной перегородки наблюдалось у 6,4% больных. Следует отметить, что с увеличением числа внешних признаков ДСТ достоверно увеличивалось и число внутренних признаков ($p < 0,05$). В группе детей, имевших до 3-х внешних признаков ДСТ количество дисплазий со стороны сердца было 37,5%, у пациентов с 3-5 внешними проявлениями количество ДСТ сердца диагностировалось у 55,5%, а при увеличении внешних признаков до 6 и более количество кардиальных дисплазий составило 78,6%.

Анализируя данные ЭКГ, следует отметить, что нарушения ритма сердца были выявлены в 81% случаев и представлены следующим образом: брадикардия (50,6%), тахикардия (10,4%), эктопический ритм (6,5%), экстрасистолия (10,3%). Нарушения проводимости по данным ЭКГ обнаруживались у 41,8% детей: АВ блокада I степени (29%), синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) (9,6%), СА блокада (3,2%), феномен WPW (3,2%). В результате сопоставления ЭКГ изменений с данными ЭХОКГ у пациентов с синдромом ДСТ сердца с высокой частотой встречался СРРЖ: при ДТЛЖ в 61,1%, при ПМК в 60% случаев. Кроме того, между этими изменениями отмечались положительные корреляционные связи: СРРЖ и ДТЛЖ ($R=0,63$).

Обсуждение полученных данных

Наиболее частой жалобой пациентов с ДСТ является астенический синдром, выявленный в 45,2% случаев, проявляющийся быстрой истощаемостью, утомляемостью и слабостью.

Анатомо-физиологические особенности организма подростков обуславливают их подверженность воздействию различных неблагоприятных факторов, среди которых немаловажное значение имеет образ жизни: низкая двигательная активность, несбалансированное питание, повышенные нагрузки на зрительный анализатор (чрезмерное увлечение компьютерными играми, просмотром телепередач). При этом наличие дефектов соединительной ткани является фоном, способствующим развитию и прогрессированию хронической патологии. Так, известно, что в подростковом возрасте происходит максимальный прирост костной массы (пик), в результате чего кость становится длиннее, тяжелее и прочнее. В этот период для поддержания правильной установки позвоночника и конечностей очень важно наличие тренированной мышечной системы.

Результаты исследования показали высокую частоту встречаемости различных фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у детей и подростков. Лидирующую позицию занимают костно-суставные признаки, выявленные в 100% случаев с преобладанием гипермобильности суставов - 71%, под которой принято понимать увеличение объема движений в одном или нескольких суставах по сравнению с условной среднестатистической нормой. Отсутствие или уплощение изгибов позвоночника является фенотипическим признаком плоской спины. Сколиоз диагностирован при клиническом осмотре в 54,8% случаев. Со стороны грудной клетки чаще встречалась воронкообразная деформация грудной клетки - 32,2%, и характеризовалась визуально углублением в нижней части грудины различной степени.

Кожные признаки отмечались у 93,5% обследуемых, из них повышенная растяжимость кожи - 72,4%, носовые кровотечения - 37,9%, келоидные рубцы - 17,2%. Данные проявления исследователи связывают с патогенетическим значением дефицита ионов меди, цинка и магния. Установлено, что дефицит данных микро и макроэлементов приводит к усилению дегградации коллагеновых и эластиновых волокон, а также полисахаридных нитей гиалуронана, что в результате приводит к уменьшению механической прочности соединительной ткани.

Мышечные признаки выявлены у 87%. Структура представлена следующим образом: мышечная гипотония 48,1%, пупочная грыжа - 11%, паховая грыжа 14,8.

Таким образом описанные выше внешние проявления относятся к смешанному фенотипу недифференцированной ДСТ у детей и подростков. При нем отмечается сочетание признаков генерализованной дисплазии соединительной ткани с тенденцией к гиперрастяжимости кожи и разной степени гипермобильности суставов, а также различных проявлениях со стороны костной и мышечной систем.

По данным ЭКГ у обследованных детей нарушения диагностировались в 81% и были представлены преимущественно брадикардией (50,6%). При ЭХОКГ исследовании с высокой частотой выявлялись ДТЛЖ (58,1%). Выявлена их взаимосвязь с СРРЖ, при их сочетании увеличивается риск развития аритмий и нарушений гемодинамики [4]. У пациентов с ДСТ с наибольшей частотой встречались костно-суставные изменения (71%). С увеличением внешних проявлений ДСТ увеличивалась и частота кардиальных дисплазий.

Заключение

Таким образом, представленные данные свидетельствуют об актуальности изучения различных вариантов ДСТ, так как проблема далека от окончательного решения. ДСТ – патологическое состояние, на фоне которого течение других заболеваний имеет свои особенности, требующие тщательной оценки фенотипических проявлений в совокупности со своеобразием клинической картины. Раннее выявление фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у детей необходимо для формирования групп риска по развитию хронической патологии и для своевременного проведения комплекса профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Дети с внешними признаками дисплазии соединительной ткани нуждаются в диспансерном наблюдении и тщательном обследовании в динамике для исключения наследственного моногенного заболевания соединительной ткани.

Список литературы

1. Гладких Н.Н., Ягода А.В. Оценка комплекса внешних фенотипических признаков для выявления малых аномалий сердца. // Клиническая медицина. – 2004. - №7. – С. 30–33
2. Нечаева Г.И., Викторова И.А. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов. – Омск: Изд-во ООО «Типография Бланком», 2007. – 188с.
3. Чемоданов В.В., Краснова Е.Е. Принципы диагностики и тактика сопровождения детей с соединительнотканными дисплазиями // Вестник Ивановской медицинской академии – Т.20 №4 – 2015. – С. 5-14.

СЕКЦИЯ №31.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)

СЕКЦИЯ №32.

ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)

СЕКЦИЯ №33.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)

СЕКЦИЯ №34.

РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)

СЕКЦИЯ №35.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)

СЕКЦИЯ №36.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)

СЕКЦИЯ №37.

СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

СЕКЦИЯ №38.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)

СЕКЦИЯ №39.

ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)

СЕКЦИЯ №40.

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)

ПРИМЕНЕНИЕ КОРРЕКТОРА ПОЛОЖЕНИЯ ПЯТКИ У ДЕТЕЙ С МОБИЛЬНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ

Виндерлих М.Е., Федоров В.Г.

Ижевская государственная медицинская академия

В последние годы по данным медицинской статистики отмечается ухудшение состояния здоровья детского населения. Лидирующие позиции занимают заболевания костно-мышечной системы - нарушение осанки, сколиоз и плоскостопие [1,2,4]. Патология опорно-двигательного аппарата, особенно плоскостопие, вызывает изменения в суставах нижних конечностей и позвоночнике, смещение внутренних органов, что ведет к снижению качества жизни ребенка, ограничению в выборе профессии, нарушению репродуктивного здоровья и инвалидности [5]. Чтобы предотвратить развитие вышеперечисленной патологии необходимо проводить своевременную диагностику, профилактику и коррекцию уплощения сводов стоп.

Для коррекции плоскостопия применяются ортопедическая обувь, ортезы серийного и индивидуального производства, поддерживающие своды стоп и уменьшая долевой синдром [6,7]. Ортезы серийного производства не учитывают биомеханические функции стопы. При изготовлении индивидуальных ортезов достигается правильное распределение нагрузки на отделы стопы, что оказывает положительное корригирующее воздействие, доказанное тестированием на аппаратах с применением компьютерных технологий [5]. Но дороговизна ортезов, ортопедической обуви и активный рост ребенка заставили нас разработать новый метод коррекции мобильного плоскостопия (РП № 10.15 от 13 мая 2015 г.). Цель нашего исследования создать недорогие корректоры вальгусного положения пяток, при помощи которых можно вывести продольную ось нижней конечности и своды стопы в физиологическое положение [3]. Ортопедические корректоры положения пяток делятся на детские, мужские, женские и в зависимости от угла вальгусной деформации на №10, №12. Корректор положения пятки имеет форму клина из термокоркового материала с основанием, расположенным медиально и сзади. Верхняя (подошвенная) поверхность корректора покрыта кожей. У каждого пациента толщина медиальной поверхности корректора положения пяток определяется индивидуально, путем приподнятия внутреннего края стопы в положении стоя до выведения оси голени и оси стопы на одну прямую.

В качестве основных объектов исследования явились дети 5 - 14 лет. Критериям включения пациента в исследование соответствовало 46 детей, сформированы основная (23) и контрольная (23) группы. Всего было 25 мальчиков и 21 девочка.

Пациентам основной и контрольной групп до начала исследования и через 18 месяцев проведено: фотоплантография стоп с оценкой по методу Штритера и измерение угла вальгусного отклонения пяточной кости. Дети основной группы носили обувь с КПП ежедневно до 10 часов в день на протяжении 18 месяцев. Контрольная группа не применяла средств коррекции. Результаты приведены в таблице 1 и 2.

Таблица 1

Данные обследования пациентов основной группы до и после лечения (М, σ)

Показатель	Основная группа		
	до коррекции	после коррекции	p
Угол вальгусного отклонения пяточной кости	14,8±1,4	11,1±0,8	<0,05
Метод Штритера	84,5±5,1	68,0±5,2	<0,05

Таблица 2

Данные обследования пациентов контрольной группы (М, σ)

Показатель	Контрольная группа		
	до исследования	Через 18 месяцев	p
Угол вальгусного отклонения пяточной кости	12,4± 1,4	12,0±1,1	>0,05
Метод Штритера	75,5±5,2	72±7,1	>0,05

Сравнительный анализ угла вальгусного отклонения пятки и фотоплантограмм по Штритеру в основной и контрольной группах позволяет сделать вывод о том, что наибольшие положительные результаты наблюдаются в основной группе (критерий Вилкоксона $p < 0,05$), что указывает на важность применения корректора положения пятки у детей с мобильным плоскостопием. В контрольной группе наблюдаемые изменения статистически не значимы.

При мобильном плоскостопии (плоско-вальгусная деформация стоп, плоско-вальгусная установка стоп) корректор положения пятки выводит продольную ось нижней конечности и своды стопы в физиологическое положение, тем самым действуя на группы мышц нижних конечностей, подвергшихся изменениям, восстанавливая опорно-рессорную функцию стоп и повышая их функцию, благодаря этому осуществляя адекватную, своевременную коррекцию в процессе лечения, тем самым улучшая качество жизни пациента и его окружения.

Список литературы

1. Баранов А.А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Вестник РАМН. – 2011. – № 5. – С. 6-11.
2. Гатиятуллина Л.Р. Качество жизни детей препубертатного возраста в Республике Башкортостан: Автореф. дис. канд. мед. наук. - И., 2014. – 24 с.
3. Кенис В. М., Лапкин Ю. А., Хусаинов Р. Х, Сапоговский А. В. Мобильное плоскостопие у детей (обзор литературы) / В. М. Кенис, Ю. А.Лапкин, Р. Х. Хусаинов, А. В. Сапоговский //Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2014. Том 2. Вып. № 2. С. 44-54.
4. Крукович Е.В., Догадина Н.А., Каблуков Д.А., Плехова Н.Г. Причины формирования и факторы риска патологии костно-мышечной системы у детей и подростков// Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. ; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26891> (дата обращения: 27.04.2018)
5. Мармыш А.Г., Горбузов В.Н., Болтрукевич С.И., Аносов В.С. Возможности педобарографии в диагностике и ортопедической коррекции продольного плоскостопия/ А.Г. Мармыш, В.Н. Горбузов, С.И.Болтрукевич, В.С. Аносов//Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2010. №2. С. 59-64.
6. Lee HJ, Lim KB, Yoo J, Yoon SW, Yun HJ, Jeong TH. Effect of Custom-Molded Foot Orthoses on Foot Pain and Balance in Children With Symptomatic Flexible Flat Feet. Ann Rehabil Med. 2015 Dec;39(6):905-13. doi: 10.5535/arm.2015.39.6.905. Epub 2015 Dec 29.
7. Liu XC, Lyon R, Thometz JG, Curtin B, Tarima S, Tassone C. Insole-pressure distribution for normal children in different age groups. J Pediatr Orthop. 2011;31: 705–709. [PubMed]

**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)**

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

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

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

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2018 ГОД

Январь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 января 2018 г.

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

Февраль 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2018 г.

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

Март 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 марта 2018г.

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

Апрель 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2018 г.

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

Май 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 мая 2018г.

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

Июнь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июня 2018 г.

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

Июль 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июля 2018 г.

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

Август 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 августа 2018 г.

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

Сентябрь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2018 г.

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

Октябрь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 октября 2018 г.

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

Ноябрь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2018 г.

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

Декабрь 2018г.

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

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2018 г.

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

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



Основные проблемы в современной медицине

Выпуск V

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

г. Волгоград

2018 г.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

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

Подписано в печать 10.10.2018.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 3,8.
Тираж 250 экз. Заказ № 010.

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