

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



**Актуальные вопросы современной медицины**

**Выпуск VI**

**Сборник научных трудов по итогам  
международной научно-практической конференции  
(11 марта 2019 г.)**

**г. Екатеринбург**

**2019 г.**

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

ISSN: 2587-7917

УДК 61(06)

ББК 5я43

**Актуальные вопросы современной медицины./** Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 6. **г. Екатеринбург.** – НН: ИЦРОН, 2019. 30 с.

**Редакционная коллегия:**

д.м.н., профессор Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Балязин В.А. (г. Ростов-на-Дону), д.м.н., профессор Белов В.В. (г. Челябинск), к.м.н. Бойкова Е.И.(г. Смоленск), 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. Карасева Л.А. (г. Санкт-Петербург), 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), к.м.н., доцент Марченко Д.В. (г. Иркутск), д.м.н., профессор Нартайлаков М.А. (г. Уфа), д.м.н. Полякова А.Г, (г. Нижний Новгород), д.м.н., профессор Расулов М.М. (г. Москва), д.м.н., профессор Смоленская О.Г. (г. Екатеринбург), д.м.н. Стебунов С.С. (г. Минск), 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.б.н. Фалалеев А.Г. (г. Минск), к.м.н. Федотова Е.В. (г. Архангельск), д.м.н. Халматова Б.Т. (г. Ташкент), к.м.н., доцент Хидирова Л.Д. (г. Новосибирск), к.м.н., профессор Чвякин В.А. (г. Москва), д.м.н., профессор Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., профессор Юлдашев В.Л. (г. Уфа).

В сборнике научных трудов по итогам VI Международной научно-практической конференции «**Актуальные вопросы современной медицины**», **г. Екатеринбург** 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, 2019 г.

© Коллектив авторов

## Оглавление

<b>СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №2. АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №4. БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №5. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)</b> .....	6
ИЗМЕНЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА И КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ В СРЕДНЕГОРНОЙ КУМЫСОЛЕЧЕБНИЦЕ Атабаев И.Н., Белов Г.В., Каипова А.К., Калматов Р.К. ....	6
<b>СЕКЦИЯ №6. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)</b> .....	9
<b>СЕКЦИЯ №7. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)</b> .....	9
<b>СЕКЦИЯ №8. ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)</b> .....	9
<b>СЕКЦИЯ №9. ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №10. ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №11. ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №12. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №13. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №14. КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №15. КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №16. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №17. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №18. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)</b> .....	10

<b>СЕКЦИЯ №19.</b>	
<b>МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)</b>	10
<b>СЕКЦИЯ №20.</b>	
<b>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)</b>	10
<b>СЕКЦИЯ №21.</b>	
<b>МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)</b>	10
<b>СЕКЦИЯ №22.</b>	
<b>НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)</b>	10
<b>СЕКЦИЯ №23.</b>	
<b>НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)</b>	11
<b>СЕКЦИЯ №24.</b>	
<b>НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)</b>	11
<b>СЕКЦИЯ №25.</b>	
<b>НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)</b>	11
<b>СЕКЦИЯ №26.</b>	
<b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)</b>	11
<b>ПРОБЛЕМЫ КОДИРОВАНИЯ СМЕРТНОСТИ</b>	
Берсенева Е.А., Черкасов С.Н., Михайлов Д.Ю.	11
<b>ОЦЕНКА СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК ЭЛЕМЕНТ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>	
Харисов А.М., Берсенева Е.А., Березников А.В., Шкитин С.О., Скиба Я.Б.	14
<b>УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ</b>	
Харисов А.М., Берсенева Е.А., Березников А.В., Шкитин С.О., Скиба Я.Б., Бакирова Э.А.	16
<b>СЕКЦИЯ №27.</b>	
<b>ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)</b>	17
<b>СЕКЦИЯ №28.</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)</b>	17
<b>СЕКЦИЯ №29.</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)</b>	17
<b>СЕКЦИЯ №30.</b>	
<b>ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)</b>	18
<b>СЕКЦИЯ №31.</b>	
<b>ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)</b>	18
<b>СЕКЦИЯ №32.</b>	
<b>ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)</b>	18
<b>СЕКЦИЯ №33.</b>	
<b>ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)</b>	18
<b>СЕКЦИЯ №34.</b>	
<b>РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)</b>	18
<b>СЕКЦИЯ №35.</b>	
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)</b>	18
<b>СЕКЦИЯ №36.</b>	
<b>СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)</b>	18
<b>СЕКЦИЯ №37.</b>	
<b>СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)</b>	18

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Альцев В.В.....	18
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦЕОЛИТСОДЕРЖАЩЕГО ТРЕПЕЛА, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА Кудряшова Ю.В., Карпунина А.В., Малов И.В., Спиридонова О.И., Куприянова Л.Ю.....	20
<b>СЕКЦИЯ №38.</b> <b>СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)</b> .....	26
<b>СЕКЦИЯ №39.</b> <b>ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)</b> .....	26
<b>СЕКЦИЯ №40.</b> <b>ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)</b> .....	26
<b>СЕКЦИЯ №41.</b> <b>ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)</b> .....	26
<b>СЕКЦИЯ №42.</b> <b>УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)</b> .....	26
<b>СЕКЦИЯ №43.</b> <b>ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)</b> .....	26
<b>СЕКЦИЯ №44.</b> <b>ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)</b> .....	26
<b>СЕКЦИЯ №45.</b> <b>ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)</b> .....	26
<b>СЕКЦИЯ №46.</b> <b>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №47.</b> <b>АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №48.</b> <b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №49.</b> <b>ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №50.</b> <b>ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №51.</b> <b>ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №52.</b> <b>ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №53.</b> <b>ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)</b> .....	27
<b>ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2019 ГОД</b> .....	28

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

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

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

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

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

**ИЗМЕНЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА И КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА  
ТЕЛА ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ  
В СРЕДНЕГОРНОЙ КУМЫСОЛЕЧЕБНИЦЕ**

**Атабаев И.Н., Белов Г.В., Каипова А.К., Калматов Р.К.**

Ошский государственный университет

Оценка эффективности восстановительного лечения метаболического синдрома (МС) не такая уж простая, так как нет четких критериев отличия от нормы – большой общий вес зачастую не является признаком здоровья или болезни [2]. Предлагается различные способы лечения МС, например гидроколонотерапия, липосакция, введение в желудок баллончика, шунтирование кишечника [8]. Метаболические и функциональные отклонения при этом не корректируются, и пациенты затем опять набирают вес [4].

Более физиологичными являются способы лечения метаболического синдрома с использованием природных и преформированных физических факторов, комплексных реабилитационных программ [5].

В последнее время появились компьютеризованные приборы и методики, позволяющие более точно диагностировать степень нарушений липидного обмена и оценивать биологическую сущность выявленных отклонений [8], в частности возникающих при этом нарушений моторной функции кишечника, являющейся важнейшим патогенетическим механизмом метаболического синдрома [7].

Известно выраженное действие кумыса на моторную функцию желудочно-кишечного тракта, позволяющее использовать его для профилактики и лечения МС [1, 2, 3]. В Кыргызстане имеется многолетний эмпирический опыт лечения ожирения в горных кумысолечебницах [9], однако работ, подтверждающих эффективность кумысолечения при использовании современных принципов доказательности пока мало.

**Целью исследования** явилась оценка влияния кумысолечения в условиях среднегорья на моторную функцию кишечника и компонентный состав тела женщин с метаболическим синдромом.

**Дизайн исследования**

Проведено сравнительное, рандомизированное исследование 20 женщин с МС, жительниц г. Ош, прошедших двухнедельный курс кумысолечения на среднегорной кумысолечебнице в Алайском районе Кыргызстана в июне 2016 года. Возраст женщин от 25 до 45 лет, средний возраст 38,2±1,7 года.

Критериями включения в основную группу были:

1. Информированное согласие женщин на проведение исследований и выполнение предлагаемой программы.
2. Относительное здоровье, отсутствие текущих инфекционных и соматических заболеваний.
3. Избыточный вес, превышающий возрастную норму более чем 10%, индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/м<sup>2</sup>, толщина кожной складки на животе более 3 см.

Контрольную группу составили 20 жительниц г.Ош того же возраста 38,8±1,7 года с нормальной массой тела. Все обследованные вели схожий образ жизни, были представителями профессий умственного труда.

#### Методы исследования

1. Стандартное клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, определение сахара, холестерина, липопротеидный профиля, печеночные тесты, ЭКГ, частота сердечных сокращений, мониторинг артериального давления).
2. Антропометрические измерения (рост, вес, расчет индекса массы тела, окружность талии, бедер, ягодиц, плеча).
3. Определение толщины кожной складки (ТКС) на животе, груди, поясничной части спины, бедрах и плече при помощи калипера электронного цифрового КЭЦ-100, погрешность 1 мм.
4. Определение компонентного состава тела при помощи биоимпедансного анализатора ABC-01 «Медасс» с определением следующих параметров: индекс массы тела, жировая масса тела (в кг и в %), безжировая масса (в кг), активная клеточная масса (в кг), скелетно-мышечная масса (в кг и в %), удельный (нормированный на площадь поверхности тела) основной обмен (в ккал/м<sup>2</sup>/сут), общая вода организма (в кг), объем внеклеточной жидкости (в кг).
5. Компьютерная фоноэнтерография (ФЭГ) проводилась в следующем порядке. Первые записи проводили натощак, затем давалась 200 мл минеральной воды и повторную запись проводили через 10 минут. Звуки снимаются микрофоном в околопупочной области в течение 1 минуты при обычном дыхании и определяется частота среднеамплитудных звуков, затем при задержке дыхания на 10 сек. Цифровые сигналы усиливаются и записываются на компьютер. Полученная запись статистически анализируется при помощи звукового редактора. Для оценки моторной функции ЖКТ используются следующие параметры низкоамплитудных звуков: амплитуда пиковая (АП) и амплитуда средняя (АС) в децибелах при входе на компьютер (условная величина, зависящая от параметров усилителя), длительность сигнала (ДС) в микросекундах, частота звука в герцах.

Исследование проведено до выезда на кумысолечение и в день возвращения на 15 сутки. Ежедневно женщины занимались ходьбой по пересеченной местности на расстояние не менее 3 километров.

Кумыз - национальный напиток из кобыльего молока, полученный в результате молочнокислого и спиртового брожения при помощи болгарской и ацидофильной молочнокислых палочек и дрожжей. Калорийность его – всего 50 килокалорий, в 100 граммах кумыса содержится чуть больше 2 г белков, 5 г медленно усвояемых углеводов, 1,9 г полиненасыщенных жиров [1].

Динамика каждого показателя определялась индивидуально, а затем высчитывалась Δ средняя (разница до и после) в М±m. Обработка результатов проводилась при помощи компьютерных программ вариационной статистики Excel для параметрических и непараметрических показателей с применением критерия Стьюдента для параллельного распределения.

#### Полученные результаты и их обсуждение

Антропометрические показатели у женщин контрольной группы лежали в пределах возрастной нормы и были близкими к данным других авторов, приводимыми для здоровых женщин репродуктивного возраста. Женщины с МС существенно отличались по антропометрическим показателям от своих сверстниц (табл.1).

Таблица 1 - Антропометрические показатели у женщин контрольной группы и основной группы (М±m)

Группы	Рост (см)	Вес (кг)	ИМТ	Окр. талии (см)	Окр. бедер (см)	ТПК на животе (мм)
Контрольная	160,76±1,6	55,24±2,4	21,35±2,0	69,38±2,5	92,94±1,7	16,5±1,6
Основная	159,77±1,4	70,8 *±1,7	27,69 *±2,1	91,8 *±2,2	99,47 *±1,9	34,12 *±1,5

Примечание: \* - критерий различие с контрольной группой p<0,05;

Если разница в росте была статистически не значимой, то вес у женщин основной группы превышал на 25% величину в контрольной группе. ИМТ в основной группе был на 29,7% выше. Окружность талии превышала таковую у сверстниц на 28,1%, окружность бедер была выше на 8,2%. ТПК на животе у женщин основной группы превышала таковую в контрольной группе более чем в два раза.

Биоимпедантный анализ состава тела выявил достоверные исходные отличия у женщин с метаболическим синдромом по сравнению с контрольной группой (табл.2). Достоверно выше контрольного уровня у женщин с метаболическим синдромом оказалась жировая масса как по абсолютному весу на 76%, так и в процентном отношении ( $p<0,05$ ). Достоверно выше объем внеклеточной жидкости, и достоверно ниже удельный основной обмен. Это также согласуется с работами других авторов. Изменения тощей массы, скелетно-мышечная масса в были статистически не достоверными, что может быть связано с малой выборкой обследований.

Таблица 2 – Компонентный состав тела у женщин контрольной группы и основной группы до и после до и после курса кумысолечения ( $M\pm m$ ).

Показатели / ед. измерения	Контрольная $M\pm m$	Основная группа		
		до лечения $M_1\pm m$	После $M$	$\Delta$ $M_1-M_2\pm m$
Масса тела	55,24 $\pm$ 2,4	70,8 $\pm$ 1,7*	68,4	-2,4 $\pm$ 0,5 **
Жировая масса, кг	15,1 $\pm$ 2,4	24,6 $\pm$ 2,2*	21,5	-3,1 $\pm$ 0,4 **
Жировая масса, %	27,45 $\pm$ 2,2	35,81 $\pm$ 2,3*	28,7	7,7 $\pm$ 0,4 **
тощая масса, кг	39,97 $\pm$ 1,7	37,54 $\pm$ 1,7	38,1	+0,6 $\pm$ 0,4
Скелетно-мышечная масса, кг	19,6 $\pm$ 1,6	20,29 $\pm$ 1,4	21,3	+1,0 $\pm$ 0,4
Скелетно-мышечная масса, %	39,5 $\pm$ 2,0	35,6 $\pm$ 1,6	37,1	+1,5 $\pm$ 0,4
общая вода организма, кг	29,3 $\pm$ 2,7	32,5 $\pm$ 2,7	31,5	-1 $\pm$ 0,4
объем внеклеточной жидкости, кг	17,0 $\pm$ 1,30	21,1 $\pm$ 1,30*	20,6	-0,5 $\pm$ 0,3
Удельный основной обмен ккал/м <sup>2</sup> /сут	848,2 $\pm$ 15,0	763,2 $\pm$ 17,0*	783,2	+20 $\pm$ 0,6 **

Примечание: \* - критерий различия с контрольной группой  $p<0,05$ ;

\*\* - критерий различия с исходным уровнем  $p<0,05$ ;

При клинико-функциональном обследовании у 7 (9,3%) женщин основной группы выявлено повышенное артериальное давление, у 5 (6,6%) – отмечалась невыраженная синусовая тахикардия до 90 ударов в мин, у 7 (9,3%) – повышенный уровень сахара, холестерина и триглицеридов в крови, что считается характерным для метаболического синдрома [5, 12]. У остальных показатели были близки к верхней границе нормы. Средние величины этих показателей приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Артериальное давление и биохимические показатели у женщин основной и контрольной группы ( $M\pm m$ )

Группы	САД (мм р.ст)	ДАД (мм р.ст)	ЧСС Уд/мин	Сахар крови (ммоль/л)	Холестерин (ммоль/л)
Контрольная	108,27 $\pm$ 3,2	72,22 $\pm$ 1,4	73,5 $\pm$ 1,4	3,45 $\pm$ 0,23	3,30 $\pm$ 0,19
Основная	120,8 $\pm$ 3,3*	75,3 $\pm$ 1,4	82,3 $\pm$ 1,4 *	4,90 $\pm$ 0,32*	4,28 $\pm$ 0,21*

Примечание: \* - критерий различия с контрольной группой  $p<0,05$ ;

Из таблицы видно, что в основной группе достоверно выше средние показатели САД, ЧСС, сахара крови и холестерина ( $p<0,05$ ), хотя они не выходят за границу возрастной нормы.

Параметры ФЭГ были очень вариабельны и характеризовались неравномерным распределением, как в контрольной, так и в основной группе. Различие между показателями Ч и Д в обеих группах было не достоверным. Пиковая и средняя амплитуда в основной группе были достоверно на 27% и на 24% ниже, чем в контрольной группе.

Двухнедельное кумысолечение в условиях среднегорья показало положительную динамику некоторых антропометрических и клинико-функциональных показателей. Так вес снизился у всех женщин основной группы от 1,5 до 4 кг, в среднем на 2,4 $\pm$ 0,4 кг, соответственно у всех женщин уменьшился ИМТ в среднем на 1,7 $\pm$ 0,3. Объем талии достоверно уменьшился в среднем на 2,3 $\pm$ 0,5 см, объем бедер изменился не существенно. ТПК на животе за 2 недели снизилась на 7,1 $\pm$ 2,7 мм. Биоимпедантный анализ состава тела

выявил достоверную динамику жировой массы тела ( $\Delta = -1,4 \pm 0,4$  кг), объема внеклеточной жидкости ( $\Delta = -1,3 \pm 0,3$  кг). Выраженная динамика наблюдалась со стороны холестерина крови ( $\Delta = -1,1 \pm 0,3$  ммоль/л) и липопротеидов. По нашему мнению, кумыс прежде всего влияет на метаболические функции организма. Кумыс значительно повысил пиковую и среднюю амплитуду кишечных звуков, умеренно длительность и частоту сигналов.

#### **Выводы**

1. Кумысолечение является эффективным средством профилактики и лечения МС и алиментарного ожирения.
2. Саногенный эффект кумысолечения обусловлен более щадящим слабительным и желчегонным действием по сравнению с медикаментами, при этом активизируется моторная функция кишечника, нормализуются метаболические нарушения жирового и углеводного обмена. В условиях среднегорья саногенный эффект кумысолечения усиливается также за счет повышения основного обмена.

#### **Список литературы**

1. Абишева Т.О. Аширова Ж.Б., Рамазанова А.А. Биологические и лечебные свойства кумыса. Мир современной науки. 2015. -№ 2 (30).- С. 15-20.
2. Атабаев И.Н. Минеральные воды и национальные напитки в лечение и профилактике метаболического синдрома (обзор литературы). Медицина Кыргызстана. 2015. №6. С.9-12.
3. Атабаев И.Н., Белов Г.В. Влияние минеральных вод и национальных напитков на моторную функцию кишечника у женщин с метаболическим синдромом // Многопрофильные медицинские объединения в системе медицинской реабилитации / Материалы I Конгресса "Здравоохранение России. Технологии опережающего развития" Томск. 2015. –С.30-32
4. Беляков Н. А., Сеидова Г. Б., Чубриева С. Ю., Глухова Н. В. Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника). СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. 440 с.
5. Ботвинева Л.А., Обоснование перспективности лечения и профилактики метаболического синдрома курортными факторами / Ботвинева Л.А., Самсонова Н.А., Купцова Е.Н. // Курортная медицина. 2015. № 2. С. 69-71.
6. Волкова Н.И., Поркшеян М.И., Гюльмагомедова А.Н. Лечение ожирения: история взлетов и падений. Медицинский вестник Юга России. 2015. № 1. С. 21-26.
7. Новикова В.П., Е.И. Алешина Состояние кишечной моторики при ожирении. Вопросы детской диетологии. - 2014. - Т. 12. - № 4. - С. 35-40.
8. Сафронов Б.Г., Мокряков И.А., Царьков М.В., Полятыкина О.В. Физическое обоснование метода компьютерной фоноэнтерографии // Физическая медицина. 2005. Т. 15, № 1. - С. 41—44.
9. Султанмуратов М.Т., Качкынбаев К.А., Матисаков А.К. Лечение хронического гепатита и других социально значимых заболеваний приемом кобыльего молока в условиях горного климата. Бишкек, 2017. – 160 с.
10. Юдин В.А., Усачев И.А., Мельников А.А. Хирургическое лечение больных морбидным ожирением // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. -2013. № 2. С. 111-118.

#### **СЕКЦИЯ №6.**

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

#### **СЕКЦИЯ №7.**

#### **ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)**

#### **СЕКЦИЯ №8.**

#### **ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)**

**СЕКЦИЯ №9.  
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)**

**СЕКЦИЯ №10.  
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)**

**СЕКЦИЯ №11.  
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)**

**СЕКЦИЯ №12.  
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)**

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

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

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

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

**СЕКЦИЯ №17.  
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)**

**СЕКЦИЯ №18.  
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)**

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

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

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

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

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

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

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

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

**ПРОБЛЕМЫ КОДИРОВАНИЯ СМЕРТНОСТИ**

**Берсенева Е.А., Черкасов С.Н., Михайлов Д.Ю.**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко,  
Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», г. Москва

**Аннотация.**

В статье рассмотрены актуальные проблемы кодирования смертности как в мире, так и в Российской Федерации. Несмотря на определенные успехи в повышении качества оформления диагнозов, медицинских свидетельств о смерти и кодирования причин смерти по МКБ, а также объективизации ряда показателей смертности населения в России, сохраняются серьезные проблемы, требующие консенсуса специалистов различного профиля – статистиков, клиницистов и морфологов. Прежде всего, это касается объективизации установления посмертных диагнозов и первоначальных причин смерти, подлежащих впоследствии кодированию по МКБ и статистическому учету.

На сегодняшний день в современной отечественной медицине имеется ряд проблем, касающихся кодирования заболеваемости и смертности, подчеркивается формальная роль Международной статистической классификации болезней в формулировке диагнозов (клинические, патологоанатомические и судебно-медицинские). С данной проблемой связана невозможность достижения соподчиненности морфологических и клинических классификаций Международной классификации болезней 10-о пересмотра. Кроме того, исследователи свидетельствуют о неиспользовании многих нозологических единиц содержащихся в Международной классификации болезней 10-о пересмотра. В результате отсутствует согласованность клиницистов и патологоанатомов (1, 2).

Кроме того, некоторые формулировки Международной классификации болезней не имеют клинические и морфологические объяснения и обоснования. При этом, в ряде случаев нет определённых клинических и морфологических критериев, которые способствовали бы установлению данных диагнозов, а также отсутствуют классификации для этих состояний (3, 4).

В последние годы в России посмертные диагнозы и медицинские свидетельства о смерти оформляют у 40-44% умерших врачи-клиницисты (без проведения вскрытий), в 20-23% – патологоанатомы и в 36-37% – судебно-медицинские эксперты. Процент вскрытий ежегодно растет, причем до 65% вскрытий в судебно-медицинской экспертизе составляют умершие от ненасильственных причин смерти.

Приказ Минздрава России от 04.12.1996 г. № 398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» возложил на врачей, а не на специалистов по статистике обязанность кодировать по МКБ медицинскую документацию, в то время как во многих странах это является функцией специалистов по статистике. Однако это не устраняет все ошибки кодирования причин смерти по МКБ, если врачи не формулируют диагнозы в соответствии с требованиями. Несмотря на определенные успехи в повышении качества оформления диагнозов, медицинских свидетельств о смерти и кодирования причин

смерти по МКБ, а также объективизации ряда показателей смертности населения в России, сохраняются серьезные проблемы, требующие консенсуса специалистов различного профиля, – статистиков, клиницистов и морфологов. Прежде всего, это касается объективизации установления посмертных диагнозов и первоначальных причин смерти, подлежащих впоследствии кодированию по МКБ и статистическому учету.

Так, процент расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в среднем по РФ упал за 15 лет в 10 раз, с 10-16% в начале 2000-х гг. до 1,2% в 2016 г. По международной модели расчета, с учетом процента вскрытий, этот показатель должен быть не ниже 20% (в странах ЕС он составляет в последние годы 12-33%, в США – 14-24%).

Основными факторами, влияющими на объективность формулировки и сопоставления диагнозов, являются не столько квалификация врачей, сколько экономическое (санкции ФОМС и разная «стоимость» диагнозов) и административное (парадокс снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний при сохранении общего показателя смертности населения ряда регионов) давление на результаты вскрытий, накопившиеся нерешенные организационные проблемы, касающиеся работы патологоанатомической службы в стране.

Наиболее остро вопрос о правилах формулировки диагнозов и кодирования причин смерти стоит для класса IX МКБ-10 – болезней органов кровообращения, а именно ИБС и ЦВБ (5, 6). Статистические данные о причинах смерти населения в России несопоставимы с таковыми в других странах. Так, в России, по сравнению с США, в 2000 – 2015 гг. была в 1,6 раза ниже смертность от острых форм ИБС, но в 1,3 раза выше – от хронических (хронические формы в группе ИБС составили 88%); в 200 раз выше смертность от инфаркта головного мозга, вызванного неуточненными причинами; в 200 раз выше доля «Гипертензивной энцефалопатии» в смертности от ЦВБ (причем этот код должен применяться крайне редко, только при гипертоническом кризе); в 50 раз выше доля «Других уточненных поражений сосудов мозга (хроническая ишемия мозга)» и в 105 раз ниже смертность от болезни Альцгеймера и т.д. (7, 8). Близкая ситуация отмечается с регистрацией смертей от алкогольной кардиомиопатии (9, 10). Приведенные данные свидетельствуют о том, что статистические данные о причинах смерти населения в России носят искаженный характер.

В части случаев, особенно у умерших пожилого возраста, имеются коморбидные состояния, и врачам бывает сложно, руководствуясь правилами МКБ-10, выделить одно ведущее состояние (заболевание) – первоначальную причину смерти. Учитывая высокую распространенность мультиморбидной патологии в популяции, проблема требует внимания специалистов как с точки зрения оказания медицинской помощи, так и уточнения состояния здоровья пациентов, должна быть отражена в определенных рубриках диагноза, а в перспективе подлежать обязательному статистическому учёту (11).

Среди наиболее распространенных ошибок оформления медицинских свидетельств о смерти является наличие:

- переписывания диагноза из медицинских карт без внесения каких-либо изменений;
- включения развернутого диагноза;
- неправильного выбора первоначальной причины смерти;
- неверного порядка патологических состояний;
- включения нескольких нозологий в одну строку;
- первоначальная и непосредственная причина смерти указывается как заболевание, таковым не являющееся;
- использования аббревиатур и сокращений;
- неверного определения кода Международной классификации болезней (12).

В то же время исследователи свидетельствуют о весьма серьезной проблеме, связанной с регистрацией смертей в отдаленных населенных пунктах: села и небольшие населенные пункты. Таким образом, отмечается пациенты старших возрастных групп зачастую умирают в условиях дома, не обращаясь в медицинские учреждения в течение достаточно длительного времени, в результате чего отмечаются неуточненные первоначальные причины смерти и вызывающая настороженность тенденция в большинстве случаев необоснованного кодирования под диагнозом «Старость». В результате, вышеприведенные факторы, а также отсутствие единого центра повышения квалификации и полноценной системы обучения кодированию по Международной классификации болезней в нашей стране, привели к широко распространенным ошибочным кодированиям (межклассовые – порядка 20 %, внутриклассовые – вплоть до 40%) (13, 14).

В результате, анализируя вышеизложенное, необходимо отметить основные проблемы, связанные с кодированием смертности в современной отечественной медицине. В соответствии с данными исследователей имеется ряд проблем, связанных с сопоставимостью полученных данных, касающихся отдельных причин смертности (в соответствии с динамическими данными, регионы Российской Федерации, Российская Федерация и другие страны), на что оказывает значительное влияние:

- 1) проблемы статистической оценки смертности по отдельным причинам;
- 2) используемые различные подходы и критерии при формулировке диагнозов, несоблюдение правил установления и выбора первоначальной причины смерти, и как следствие неправильное кодирование;
- 3) несоответствующие термины и формулировки, используемые в Международной классификации болезней, аналогичным понятиям клинической, патологоанатомической и судебно-медицинской практики;
- 4) отсутствующая полноценная система обучения медицинских работников основополагающим принципам, касающимся формулировки диагнозов в соответствии с правилами Международной классификации болезней;

### Список литературы

1. Анализ достоверности отчетной документации территориальных онкологических диспансеров (по формам 7 и 35) за 2009 год / Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 16. № 4. – С. 9.
2. Влияние вредных факторов химического производства на состояние слизистой оболочки полости рта / Гажва С.И., Лесков А.С., Пиллипенко К.И. [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2. – С. 79.
3. Дефицит массы тела как фактор риска репродуктивных потерь / Л.И. Герасимова, Т.Г. Денисова, Е.Н. Грузинова [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. – № 2. – С. 18-21.
4. Заболевания органов дыхания в республике Татарстан: многолетний эпидемиологический анализ / Вафин А.Ю., Визель А.А., Шерпутовский В.Г. [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 1. – С. 24-31.
5. Авдеева М.В. Управление риском развития хронических неинфекционных заболеваний на основе страхового риск-менеджмента / М.В. Авдеева, Ю.В. Лобзин, В.С. Лучкевич // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – Т. 38. № 4. – С. 7.
6. Вайсман Д.Ш. Совершенствование системы информационного обеспечения оценки и анализа смертности населения на уровне субъекта российской федерации: автореф. дисс... д-ра мед. наук / Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. – Москва, 2015 – 44 с.
7. Нозологическая и возрастная структура смертности от болезней системы кровообращения в 2006 и 2014 годах / И.В. Самородская, М.А. Старинская, В.Ю. Семёнов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т. 21, № 6. – С. 7-14.
8. Основные требования к алгоритму получения выходных документов с результатами территориально-временного анализа уровней заболеваемости, предназначенных для обоснования планирования лекарственного обеспечения / Ю.Н. Барвигенко, В.М. Щербаков, Т.Г. Трофимова [и др.] // Актуальные проблемы современной науки. – 2016. – № 6 (91). – С. 218-221.
9. Крамаренко А.А. О поиске научно-методических подходов к выявлению и оценке факторов риска ишемической болезни сердца с позиций системного подхода / А.А. Крамаренко // Здоровье населения и среда обитания. – 2012. – № 2 (227). – С. 6-8.
10. Оценка уровня смертности от психических заболеваний и болезней системы кровообращения: проблемы кодирования и статистического учета случаев смерти / И.И. Самородская, М.А. Ватолина, В.Б. Белов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – Т. 22, № 5. – С. 8-12.
11. Александрова Г.А. Качество статистической информации о причинах смерти в Российской Федерации / Александрова Г.А., Никитина С.Ю., Вайсман Д.Ш. // Вопросы статистики. – 2014. – № 8. – С. 25-28.
12. Вайсман Д.Ш. Как избежать ошибок в первичной медицинской документации и статотчетности // Д.Ш. Вайсман // Заместитель главного врача. – 2017. – № 3. – С. 14-21.

13. Вайсман Д.Ш. Рекомендации по использованию МКБ-10 в практике врача / Д.Ш. Вайсман // Управление качеством медицинской помощи. – 2012. – № 2. – С. 65-115.
14. Мишина О.С. Распространенность псориатического артрита у больных псориазом по территории России на основании официальной статистической отчетности Минздрава РФ / О.С. Мишина, Т.В. Коротаяева // Научно-практическая ревматология. – 2016. – Т. 54, № S1. – С. 121-122.

## ОЦЕНКА СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК ЭЛЕМЕНТ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Харисов А.М., Берсенева Е.А., Березников А.В., Шкитин С.О., Скиба Я.Б.**

Филиал № 3 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневого»  
Министерства обороны Российской Федерации, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, ООО «Альфа-страхование-ОМС»

**Введение.** Система внутреннего контроля качества медицинской помощи в составе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности представляет собой порядок непрерывного контроля самой медицинской организацией своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степени достижения запланированного результата [1]. В большинстве медицинских организаций система контроля качества медицинской помощи оценивает только медицинскую документацию, но не учитывает показатели знаний и компетенций сотрудников, а значит, не в состоянии прогнозировать формирование юридических, финансовых и репутационных рисков, связанных с предоставлением некачественной медицинской помощи [2]. Обеспечение медицинской организации компетентными сотрудниками со знанием эталонов, на основе которых организуется и оказывается медицинская помощь (эталон), позволит эти риски в значительной степени нивелировать.

**Ключевые слова.** Управление качеством медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи. Внутренний контроль качества медицинской помощи.

**Цель исследования** – разработать научно обоснованную систему оценки знаний сотрудников медицинской организации, позволяющую избежать финансовые, репутационные и юридические риски.

**Материалы и методы.** В ходе исследования произведен анализ действующих нормативных правовых актов РФ по вопросам охраны здоровья граждан (порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи), а также клинических рекомендаций. Сформированы анкеты, содержащие по 20 вопросов с открытым ответом на тему организации и оказания медицинской помощи при заболеваниях терапевтического профиля. Ответ на каждый из вопросов оценивался по 4-х балльной шкале (от 0 до 1 балла). Анкетирование прошли 100 врачей – сотрудники 4 медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь стационарно (терапевты, кардиологи, пульмонологи, гастроэнтерологи, ревматологи, гематологи, эндокринологи). По результатам проведенного анкетирования произведен подсчет баллов для каждого респондента. Для определения вероятности реализации рисков, связанных с незнанием (неадекватным знанием) врачами эталонов, использовались результаты внешнего аудита – экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП) по 10 случаям оказания медицинской помощи каждым врачом из числа респондентов. ЭКМП проводили эксперты качества медицинской помощи по поручению страховых медицинских организаций (СМО), в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании (ОМС).

**Результаты и их обсуждение.** На первом этапе исследования произведено анкетирование сотрудников медицинских организаций. Только 3% респондентов показали отличный (достаточный) (18,0 – 19,25 баллов), 22% – хороший (16,0 – 17,75 баллов), 42% – удовлетворительный (14,0 – 15,75 баллов), 33% – неудовлетворительный уровень знаний эталонов (3,5 – 13,75 баллов).

На втором этапе исследования произведена оценка взаимосвязи результатов анкетирования и ЭКМП. Показано, что врачи с отличным и хорошим уровнем знаний эталонов допускают в 2,4 раза меньше нарушений при оказании медицинской помощи ( $p < 0,05$ ), чем врачи с удовлетворительным, и в 3,6 раза меньше, чем врачи с неудовлетворительным знанием эталонов ( $p < 0,05$ ).

На третьем этапе исследования результаты ЭКМП были разделены на 3 группы (в соответствии с примененными основаниями для уменьшения оплаты медицинской помощи):

- 1) группа 1 – нарушения при оказании медицинской помощи, не создавшие риск формирования неблагоприятного исхода (коды 3.2.1, 3.2.2, 3.7, 3.10);
- 2) группа 2 – нарушения при оказании медицинской помощи, создавшие риск формирования неблагоприятного исхода (коды 3.2.3, 3.3.2, 3.4, 3.8, 3.12, 3.14).
- 3) группа 3 – нарушения при оказании медицинской помощи, приведшие к неблагоприятному исходу (коды 3.2.4, 3.2.5, 3.3.2, 3.5, 3.6, 3.12, 3.14).

Врачи с отличным и хорошим уровнем знаний эталонов допускают в 6,4 и 6,2 раза меньше нарушений, создающих риск формирования неблагоприятного исхода и приведших к нему, соответственно, чем врачи с неудовлетворительным уровнем знаний эталонов ( $p < 0,05$ ) (таблица 1).

Таблица 1.

Частота выявления нарушений при проведении ЭКМП в зависимости от уровня знаний эталонов врачами – сотрудниками медицинских организаций

N п/п	Уровень знаний эталонов	Результаты ЭКМП			
		Частота нарушений группы 1, %	Частота нарушений группы 2, %	Частота нарушений группы 3, %	Частота отсутствия нарушений, %
1	Отличный и хороший	14,0	4,5	0,9	80,6
2	Удовлетворительный	25,6	17,5	3,5	53,4
3	Неудовлетворительный	35,2	29,0	5,6	30,2

Нарушения групп 1 – 3, в соответствии с законодательством об ОМС, обуславливают финансовые риски медицинской организации за счет применения СМО финансовых санкций [3]. При чем, чем выше степень влияния нарушения на исход заболевания, тем значительней возможные финансовые потери для медицинской организации. Нарушения групп 2 – 3 создают, помимо финансовых, репутационные риски, так как являются показателем ненадлежащей медицинской помощи [4]. Такие риски особенно часто реализуются при проведении ЭКМП по обращениям граждан и их представителей. Нарушения группы 3, помимо финансовых и репутационных, создают еще и юридические риски, так как зачастую являются поводом для возбуждения гражданских и уголовных дел [5].

Таким образом, уровень знаний врачами – сотрудниками медицинских организаций эталонов позволяет значительно уменьшить количество нарушений, выявляемых при проведении ЭКМП, а значит снизить финансовые санкции, применяемые по результатам экспертного контроля, репутационные риски по обращениям граждан и их представителей и юридические риски при причинении вреда здоровью пациентов. Оценка знаний врачами эталонов – это важный этап проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи, по результатам которого возможно определить потребность в проведении обучения сотрудников нормативным правовым актам РФ по вопросам организации и оказания медицинской помощи в учебном центре (методологическом отделе) медицинской организации, организации учебного процесса с привлечением внешних аудиторов или повышении квалификации в учебных заведениях.

#### Список литературы

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: практ. пособие / А.В. Березников, В.П. Конев, Ю.О. Онуфрийчук [и др.]. — М.: Инфра-М, 2016. — 184 с.
3. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230.

4. Экспертиза качества медицинской помощи: учебное пособие / А.В. Березников, Е.А. Берсенева С.О. Шкитин // - М.: ООО «Светлица», 2018 - 176 с.
5. Грачева Т.Ю. Юридические основы деятельности врача: учебное пособие / Т.Ю. Грачева, Е.А. Берсенева, О.Н. Каминская [и др.] // - Кемерово, 2017 – 343 с.

## УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

**Харисов А.М., Берсенева Е.А., Березников А.В., Шкитин С.О., Скиба Я.Б., Бакирова Э.А.**

Филиал № 3 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневецкого» Министерства обороны Российской Федерации, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

**Введение.** Результаты экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) – инструмент управления качеством медицинской помощи, в соответствии с которыми организатором здравоохранения и клиницистом может приниматься решение об отсроченном выполнении невыполненных (либо выполненных ненадлежаще) диагностических и лечебных мероприятий, то есть об отсроченном устранении нарушений [1]. Поскольку отдельные мероприятия при оказании медицинской помощи пациентам с нестабильной стенокардией рассчитаны только на острый период заболевания, то целесообразность их отсроченного выполнения сомнительна. При этом вопрос отсроченного устранения нарушений при проведении мероприятий, рассчитанных в том числе и на период вне обострения, в научной литературе не освещен. Целесообразность устранения нарушений при выполнении соответствующего стандарта медицинской помощи и иных нормативных правовых актов РФ находится вне рамок правового поля [2, 3].

**Ключевые слова.** Управление качеством медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи. Острый коронарный синдром.

**Цель исследования** – разработать научно обоснованный подход к определению целесообразности устранения нарушений при оказании медицинской помощи (на примере нестабильной стенокардии).

**Материалы и методы.** В ходе исследования произведен анализ существующих методик определения степени влияния нарушений на исход заболевания. Методика проведения ЭКМП с использованием математической модели определения причинно-следственных связей (с определением диагностического коэффициента по А. Вальду и информативности по С. Кульбаку) позволяет выявить наиболее значимые нарушения при оказании медицинской помощи пациентам с нестабильной стенокардией (с показателями информативности (J) не менее 0,312) [4]. На основании результатов определения степени влияния нарушений на формирование исхода нестабильной стенокардии диагностические и лечебные мероприятия, рассчитанные в том числе на период вне обострения заболевания, разделены на следующие группы:

1) группа 1 – мероприятия, не создающие риск формирования неблагоприятного исхода: общий анализ крови (J=0,064), общий анализ крови (J=0,59), исследование кислотно-щелочного состава крови (J=0,251), коагулограмма (J=0,129), определение групп крови и резус-факторов, исследование носительства возбудителей сифилиса, гепатита В и С, ВИЧ (J=0), ЭКГ (J=0,173); эхокардиография (J=0,146), рентгенография органов грудной клетки (J=0,024); холтеровское мониторирование ЭКГ (J=0,168), ЭКГ с физическими упражнениями (J=0,197), дезагреганты (J=0,078), диуретики (J=0,120), ингибиторы АПФ (J=0,201), статины (J=0,071), диетическая терапия (J=0,004);

2) группа 2 – мероприятия, создающие риск формирования неблагоприятного исхода в течение 12 месяцев после оказания некачественной медицинской помощи: биохимический анализ крови (J=0,314), коронарография (J=0,496), нитраты (J=0,345), бета-блокаторы (J=0,331) [4].

**Гипотеза исследования.** Выполнение мероприятий группы 2, невыполненных (выполненных ненадлежаще) при оказании медицинской помощи по поводу нестабильной стенокардии, целесообразно, поскольку отсроченное выполнение этих мероприятий снижает риск формирования неблагоприятного исхода.

**Результаты и их обсуждение.** Для подтверждения гипотезы исследования мы разделили пациентов на 3 группы по 200 человек в каждой: 1) группа А – пациенты, которым в течение 12 месяцев после предоставления некачественной медицинской помощи по поводу нестабильной стенокардии производилось

отсроченное выполнение диагностических и лечебных мероприятий групп 1 и 2; 2) группа Б – пациенты, которым производилось отсроченное выполнение диагностических и лечебных мероприятий только группы 2; 3) группа В – пациенты, которым не производилось отсроченное выполнение диагностических и лечебных мероприятий. Пациенты групп А, Б и В однородны по полу, возрасту, степени тяжести основного заболевания и осложнений. Критерием исключения явилось наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии.

Частота неблагоприятного исхода (повторная нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, прогрессирование недостаточности кровообращения, нарушений ритма и проводимости сердца, летальный исход) в течение 18 месяцев после отсроченного выполнения диагностических и лечебных мероприятий в группе А в 1,08 ( $p>0,05$ ) и 1,9 ( $p<0,05$ ) раза меньше, чем в группах Б и В соответственно (таблица 1).

Таблица 1.

Частота формирования неблагоприятного исхода в группах сравнения, %

№ п/п	Исход	Группа А	Группа Б	Группа В
1	Благоприятный: с улучшением	71,5	71,0	55,5
2	Благоприятный: без изменений	8,5	7,5	6,5
<b>3</b>	<b>Благоприятный: итого</b>	<b>80,0</b>	<b>78,5</b>	<b>62,0</b>
4	Неблагоприятный: с ухудшением	19,0	20,5	35,5
5	Неблагоприятный: смерть	1,0	1,0	2,5
<b>6</b>	<b>Неблагоприятный: итого</b>	<b>20,0</b>	<b>21,5</b>	<b>38,0</b>

Таким образом, использование результатов ЭКМП, выполненных с использованием математической модели определения причинно-следственных связей влияния нарушений на формирование исхода, позволяет ранжировать нарушения по степени целесообразности отсроченного выполнения на последующих этапах при управлении качеством медицинской помощи. Отсроченное выполнение биохимического анализа крови, коронарографии, а также назначение нитратов и бета-блокаторов в течение 12 месяцев после оказания некачественной медицинской помощи увеличивают шансы на формирование благоприятного исхода при нестабильной стенокардии в течение 18 месяцев после устранения нарушений.

#### Список литературы

1. Экспертиза качества медицинской помощи: учебное пособие / А.В. Березников, Е.А. Берсенева С.О. Шкитин // - М.: ООО «Светлица», 2018 - 176 с.
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2015 г. № 405ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)».
4. Экспертная оценка случаев оказания медицинской помощи с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы / С.О. Шкитин, А.В. Березников, В.А. Шкитин [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. – № 3. – С. 17-23.

#### СЕКЦИЯ №27.

#### ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)

#### СЕКЦИЯ №28.

#### ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)

#### СЕКЦИЯ №29.

#### ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)

**СЕКЦИЯ №30.  
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)**

**СЕКЦИЯ №31.  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)**

**СЕКЦИЯ №32.  
ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)**

**СЕКЦИЯ №33.  
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)**

**СЕКЦИЯ №34.  
РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)**

**СЕКЦИЯ №35.  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)**

**СЕКЦИЯ №36.  
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)**

**СЕКЦИЯ №37.  
СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)**

**УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ  
СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Альцев В.В.**

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

На современном этапе частота частичной или полной адентии у пациентов, требующих протезирования зубов, является высокой и постоянно повышается, что приводит к возрастанию объема не только первичной, но и повторной ортопедической помощи [1]. При этом увеличивается количество осложнений на различных этапах оказания стоматологической помощи пациентам [2]. Среди ведущих проблем современной стоматологии реабилитация лиц пожилого и старческого возраста с полной адентией (МКБ-10) занимает особое место по своей актуальности и сложности. Происходящая перестройка зубочелюстной системы при полном отсутствии зубов проявляется в изменении строения челюстных костей, височно-нижнечелюстного сустава, мышечного аппарата челюстно-лицевой области и слизистой оболочки протезного ложа, нарушается функция жевательно-речевого аппарата, формируется особенный психоэмоциональный статус [2]. Наиболее интенсивно утрата зубов происходит у лиц, преодолевших 50-летний возрастной рубеж, достигая максимума у населения 60 лет и старше. В связи с этим все большую актуальность приобретают вопросы оказания стоматологической ортопедической помощи пожилым и старым людям [2]. Среди данной группы больных распространённым средством ортопедического лечения являются полные съёмные пластиночные протезы.

Полный съёмный протез – один из самых сложных видов протезов в ортопедической стоматологии. Сложность этого вида протезирования не только в особенностях конструкции и его фиксации, а и в том, что

при наложении полного съемного протеза достаточно часто возникают проблемы с адаптацией пациента к изготовленной ортопедической конструкции.

По данным ВОЗ, несмотря на проводимые врачами мероприятия по улучшению качества протезирования, более 25 % больных высказывают не удовлетворение съёмными протезами или не пользуются ими. Среди пациентов с дезадаптацией к съёмным протезам, большой удельный вес принадлежит лицам старших возрастных категорий [1].

На кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет» в 2017-2018 годах был проведен анализ качества полных съёмных протезов на различных сроках их пользования у пациентов пожилого и старческого возраста (64 человека). Средний возраст пациентов составил 69,5 лет. Оценка протезов осуществлялась по обращаемости пациентов через 6 месяцев, через год, трех и пяти лет после начала эксплуатации полных съёмных пластиночных протезов.

Клиническое обследование при анализе качества ортопедического лечения включало оценку жалоб, сбор анамнеза, внешний осмотр, осмотр полости рта и оценку имеющихся зубных протезов, фиксировалась длительность пользования съёмными протезами. Особое внимание уделялось жалобам, связанным со съёмными протезами: затрудненное пережевывание пищи, эстетический недостаток, нарушение речи, удобства пользования съёмным протезом (наложение, снятие, качество фиксации). Выявлялись особенности пользования ортопедической конструкцией: протез 24 часа в сутки находится в полости рта, выводится только для гигиены, снимается на ночь, ночью хранится в емкости с чистой водой, в растворе для обработки протезов или в сухом виде. Как проводится уход за конструкцией: чистится зубной щеткой, зубной пастой, специальной щеткой для чистки съёмных протезов, используются специальные очищающие таблетки, пасты, гели.

Обследование полости рта проводили по общепринятой методике с использованием стандартного набора стоматологических инструментов. Определялись форма и степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти, состояние слизистой оболочки полости рта, расположение уздечек губ и языка. При осмотре зубных протезов оценивались: расположение границ базиса, фиксация и стабилизация протеза; вид конструкции, поверхность материала базиса, цвет, блеск, наличие пор, трещин, сколов, следов починок и перебазировок, состояние окклюзионной поверхности искусственных зубов, гигиеническое состояние ортопедических конструкций. Гигиеническое состояние протезов оценивали по методике E. Ambjornsen (1982) [3].

Анализ длительности пользования протезами показал, что изменения, происходящие в съёмных пластиночных протезах, с увеличением срока пользования имеют тенденцию к прогрессированию. Так при достижении срока пользования в 3 года, зубные протезы не отвечали клинико-техническим требованиям, рекомендована была их замена.

Через 6 месяцев после ортопедического лечения все 16 пациентов (100%) данной группы благополучно пользовались протезами. В этой группе был наибольший процент положительных отзывов: 14 пациента (87,5%) считали свои протезы хорошими и лечением были полностью удовлетворены, 2 пациента (12,5%) носят протезы, но не удовлетворены их качеством. Пациенты отмечали неудобство пользования протезом, особенно при наложении и снятии. Однако обследование протезов у этих пациентов, показало, что все конструкции отвечали клинико-техническим требованиям, имели удовлетворительную фиксацию и соответствовали протезному ложу. Гигиеническое состояние протезов после 6 месяцев эксплуатации было хорошим, оценка не превышала 4 баллов по методике E. Ambjornsen.

Через 1 год пользования протезами из 16 человек данной группы удовлетворены имеющимися конструкциями 8 пациентов (50%). 4 пациента (25%) неудовлетворены качеством протезов. У этих пациентов выявились травматические повреждения слизистой оболочки протезного ложа в результате постоянного ношения и отсутствия ночного перерыва в пользовании протезом. У всех пациентов полные съёмные зубные протезы отвечали медико-техническим требованиям, кроме гигиеничности. У 2 пациентов (12,5%) гигиеническая оценка укладывалась в границы от 5 до 9 баллов и была удовлетворительной, 2 пациента (12,5%) имели неудовлетворительную гигиеничность протезов (более 10 баллов). С каждым пациентом была проведена беседа о необходимости правильного ухода за протезами и полостью рта.

Анализ состояния протезов 18 человек, использующих их в течение 3 лет, выявил клинико-технические дефекты конструкций у всех пациентов этой группы, затрудняющих, а в ряде случаев, делающих невозможным использование протеза. Выявлены истирания окклюзионной поверхности искусственных зубов, на поверхности базиса – трещины, сколы, искусственные зубные ряды не восстанавливают окклюзионные взаимоотношения с зубами антагонистами. У 4 пациентов (22,2%) за

период эксплуатации проводились от 2 до 4 починок протезов из-за поломки базиса. Также проводились перебазируются протеза. 9 человек (50%) пользуются протезом ограниченное количество времени в течение дня из-за неудовлетворительной фиксации протеза в полости рта. Неудовлетворительная гигиеничность протезов более 10 баллов отмечена у 5 пациентов (27,8%). При опросе пациенты объясняли плохую гигиену сложностью её осуществления и постоянным использованием протезами без ночного перерыва. Этим пациентам была проведена аппаратная чистка протезов, а также разъяснительная мотивационная беседа.

Через 5 лет эксплуатации протезов все пациенты этой группы (14 человек) были недовольны имеющимися у них полными съёмными зубными протезами и предъявляли жалобы: к внешнему виду протезов (8 пациентов, 57,1%), к чувству дискомфорта (14 чел., 100%), болезненности (7 чел., 50%), нарушению дикции (8 чел., 57,1%), недостаточной устойчивости при жевании (14 чел., 100%). При обследовании имеющихся протезов у пациентов данной группы было выявлено: у всех неудовлетворительная фиксация зубных протезов, имеются нарушения дикции, уменьшение высоты нижнего отдела лица. Поверхность базиса протезов изменена (трещины, поры, сколы и т.п.), рельеф окклюзионной поверхности искусственных зубов стерт в разной степени, отмечается уменьшение высоты искусственных зубов, цвет базиса протезов изменен. Производились неоднократные починки (первая починка на третий год эксплуатации протеза – у 6 пациентов, 42,9%). У 2 пациентов (14,3%), предъявлявших жалобы на чувство боли под базисом протеза, особенно усиливающееся во время еды, выявлены очаговые воспаления слизистой оболочки, соответствующие месту наибольшего жевательного давления со стороны протеза. У одного пациента диагностирован «болтающийся альвеолярный гребень» переднего отдела альвеолярного отростка верхней челюсти, у двух пациентов – дольчатые фибромы на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих передних зубов. Гигиена протезов у всех пациентов была неудовлетворительной (более 10 баллов).

Проведенный анализ стоматологической помощи пациентам с полной адентией показал, что уровень удовлетворенности пациентов качеством ортопедического лечения и эффективностью съёмных зубных протезов зависит от длительности их эксплуатации. Полученные данные согласуются с максимально рекомендованными сроками пользования съёмными пластиночными конструкциями из акриловых пластмасс в 3 года.

### Список литературы

1. Берсанов Р.У. Субъективная удовлетворенность протезированием и объективное качество зубных протезов в зависимости от сроков их эксплуатации / Р.У. Берсанов, В.Н. Олесова, Т.Н. Новоземцева и др. // Российский стоматологический журнал – 2015. – Т. 19 (№4). – С. 52 – 54.
2. Бутова В. Г. Методические подходы к изучению сроков пользования и сроков службы зубных протезов / В.Г. Бутова, М.Р. Кирилина, А.Ф. Лебедева с соавт. // Стоматология для всех. – 2010. – № 2. – С. 26 – 28.
3. Михайленко Т.Н. Клиническая оценка состояния гигиены полости рта у лиц со съёмными конструкциями зубных протезов на основании интегрального индекса / Т.Н. Михайленко // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Том 9 (№ 1). – С. 65 – 69.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦЕОЛИТСОДЕРЖАЩЕГО ТРЕПЕЛА, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

**Кудряшова Ю.В., Карпунина А.В., Малов И.В., Спиридонова О.И., Куприянова Л.Ю.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

**Ключевые слова:** хронический генерализованный пародонтит, цеолитсодержащий трепел, пародонт, иммунитет, полость рта, аппликация, ремиссия.

**Аннотация:** проведено исследование мукозального (местного) иммунитета полости рта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести, и у практических здоровых лиц сходного возраста и пола. У больных с хроническим генерализованным пародонтитом

выявлен цитокиновый дисбаланс в сторону преобладания противовоспалительного цитокина, а также уменьшение фагоцитарной активности и уровня лизоцима. На основании изучения состояния мукозального (местного) иммунитета полости рта был разработан новый метод лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием местной терапии цеолитсодержащим трепелом.

**Key words:** chronic generalized periodontitis, zeolite-containing tripilla, periodontal, immunity, oral cavity, application, remission.

**Abstract:** a study was conducted on mucosal (local) immunity of the oral cavity in patients with moderate and severe chronic generalized periodontitis, and in practically healthy individuals of similar age and sex. In patients with chronic generalized periodontitis, a cytokine imbalance was revealed in the direction of the predominance of an anti-inflammatory cytokine, as well as a decrease in phagocytic activity and lysozyme level. On the basis of studying the state of mucosal (local) immunity of the oral cavity, a new method of treatment of chronic generalized periodontitis was developed using local therapy with a tripolite containing zeolite.

Болезни пародонта (пародонтопатии), наряду с кариесом, являются основными массовыми поражениями зубочелюстной системы. Они характеризуются: скрытым началом, хроническим течением с частыми обострениями, трудно поддаются в начальных стадиях диагностике, а при развитии процесса — лечению. На сегодняшний день в структуре стоматологических заболеваний одно из ведущих мест занимают воспалительные заболевания пародонта. Это связано с их высокой распространенностью среди населения, увеличением выраженности и интенсивности течения процесса, формированием хронического одонтогенного очага инфекции и неблагоприятным его влиянием на организм. Воспалительные заболевания пародонта нередко являются причиной потери зубов, в том числе у лиц молодого возраста, приводящей к стойким морфофункциональным изменениям в жевательном аппарате, неблагоприятно влияющим на деятельность органов пищеварительной системы, нарушающей эстетику лица, жевания и речь.[13] В настоящее время прослеживается тенденция к увеличению частоты распространенности атипичных форм пародонтита, к их числу относится быстро прогрессирующий пародонтит, с которым в последнее время все чаще встречаются в повседневной практике врачи-стоматологи. Однако, согласно данным эпидемиологических исследований, атипичные формы в общей структуре заболеваний пародонта составляют не более 5-10%. Новые технологии, применяемые в комплексном лечении деструктивных форм пародонтита, направлены на восстановление гомеостаза в тканях пародонта. Но результат многолетних наблюдений убеждает в необходимости воздействия на иммунологическую реактивность организма в целом.[11]

#### **Цель работы.**

На основании изучения состояния мукозального (местного) иммунитета полости рта разобрать и внедрить в клиническую практику новый метод лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием местной терапии цеолитсодержащим трепелом.

#### **Материалы и методы.**

Клиническое обследование пациентов проводилось на базе терапевтического кабинета «Центральной городской стоматологической поликлиники» г. Чебоксар.

При исследовании местного иммунитета полости рта было обследовано 40 больных хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести. Стаж заболевания составляет от 3 до 12 лет. В качестве контроля были обследованы 20 практических здоровых лиц сходного возраста и пола. Объектом исследования служила ротовая жидкость – жидкое содержимое ротовой полости вне приема пищи, то есть без примесей ее компонентов. С целью оценки местного иммунитета в ротовой жидкости осуществляли исследование фагоцитарной активности нейтрофилов, определение концентрации лизоцима. Об активности воспалительного процесса судили по соотношению уровней противовоспалительного цитокина – ИЛ-1 $\beta$  и противовоспалительного цитокина – ИЛ-4. Исследование фагоцитарной активности нейтрофилов ротовой жидкости проводили в латекс-тесте с определением фагоцитарного индекса (ФИ) и фагоцитарного числа (ФЧ) согласно стандартным методикам, количественное определение цитокинов -ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-4 в ротовой жидкости методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ООО „Цитокин“ (С-Петербург) согласно методике производителя [15]. Содержание лизоцима определяли на основе измерения ФЭК-М (фотоэлектроколориметр М) изменений оптической плотности стандартной живой суспензии *M. Lysodeikiticus* (*Micrococcus Lysodeikticus*.) [5]. Кроме того, проводили изучение показателей индексной оценки состояния пародонта у больных и практически здоровых лиц с использованием таких показателей, как индекс гигиены полости рта, степень кровоточивости десен по индексу кровоточивости РВІ, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА). Для оценки

гигиенического состояния полости рта определяют индекс гигиены по методу Ю.А. Федорова и В.В. Володкиной (1971 г.).

У больных с хроническим генерализованным пародонтитом определяется цитокиновый дисбаланс в сторону преобладания противовоспалительного цитокина, а также уменьшение фагоцитарной активности (уменьшение фагоцитарного индекса и уровня лизоцима), таким образом, для того, чтобы сократить срок достижения ремиссии, следует воздействовать на факторы местного (мукозального) иммунитета. Известно, что наиболее эффективным методом коррекции местного иммунного ответа являются такие способы лечения, которые предполагают прямой контакт иммуотропного препарата со слизистой оболочкой. В этой связи наше внимание привлечено цеолитсодержащий трепел.

Цеолитсодержащий трепел - это безопасное, не раздражающее слизистые и кожу вещество, обладающее бактерицидным, адсорбирующим, эпителизирующим, антиоксидантным, иммуномодулирующим и противокариозным действием. Цеолиты являются водными алюмосиликатами щелочных и щелочно-земельных металлов, кристаллическая решетка которых построена из четырех-, пяти-, шестичленных и еще более сложных колец, образованных кремнекислородными тетраэдрами. В результате такого строения во внутрикристаллическом пространстве цеолитов образуется система соединенных между собой и с окружающей средой микрополостей, в которых располагаются обменные катионы и молекулы воды. Пористая открытая микроструктура цеолитов предопределяет уникальные полезные свойства и в связи с этим - практическое использование цеолитовых пород в различных направлениях. Обезвоженные путем нагревания цеолиты приобретают способность адсорбировать молекулы различных веществ, которые по своим размерам не превышают диаметр пор. В водной среде цеолиты легко обменивают свои катионы на другие, находящиеся в растворе. Для осуществления способа использовали цеолитсодержащий трепел Первомайского месторождения Алатырского района Чувашской Республики, содержит, мас. %: оксиды кремния 60,3-72,5; железа 2,8-4,2; алюминия 8,4-10,1; кальция 2,6-12,3; магния 0,9-1,3; натрия 0,18-0,29; калия 1,4-1,5. По данным В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной в Сиднейской системе к особым формам гастрита отнесены химический, радиационный и инфекционный гастриты, которые они группируют по этиологическому признаку, и эозинофильный, лимфоцитарный и гранулематозный гастриты, которые они группируют по их морфологическим особенностям и диагностике. Как показали наши предварительные исследования, цеолитсодержащий трепел обладает энтеросорбционной, ионообменной и положительной биологической активностью и как детоксикант может быть исследован в клинике. По данным радиологического анализа цеолитсодержащего трепела, выполненного Чувашским радиологическим центром, массовая доля свинца составляет 3,9 мг/кг при допустимой дозе 50 мг/кг, ртути - 0,04 мг/кг при допустимой дозе 0,1 мг/кг, а мышьяка нет. Трепел обладает обменной емкостью, равной по кислоте 0,05 мМ/100г трепела, по кальцию и магнию - 12,5 мМ/100 г трепела. Радиологическая лаборатория государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора Чувашской Республики, проводя контроль трепела на радиоактивность, показала, что уровень радиоактивности исследованных образцов не превышает многолетнего уровня естественного радиологического фона на территории Чувашской Республики, что составляет 7-9 мкР/ч. Цеолитсодержащий трепел применялся на моделях острого токсического гепатита, острого гиперацидного гастрита и язвы желудка для лечения ожоговых ран и предотвращения развития экспериментального кариеса. Показано его положительное влияние на иммуноопосредованные реакции.

Мы предлагаем новый способ лечения хронического генерализованного пародонтита, решающий задачу повышения эффективности лечения пародонтитов за счет сокращения сроков достижения ремиссии данного заболевания. Поставленная задача решается тем, что в комплексном способе лечения, непосредственно после устранения местных раздражающих факторов, проводятся втирание и аппликации цеолитсодержащего трепела Первомайского месторождения Алатырского района Чувашской Республики. Процедура предложенного метода включает два этапа: на первом этапе в десны втирается в течение 10 мин паста, приготовленная из равных частей мелко молотого трепела (размер частиц 20-50 мкн) и дистиллированной воды; на втором этапе проводятся аппликации на протяженные участки десен тампонов, смоченных взвесью, состоящей из 15 г трепела +5 г дистиллированной воды +10 мл облепихового масла, в течение 30-40 мин. Продолжительность курса лечения - от 14 дней.

Пример: пациентка Н., 1970 года рождения, масса тела 68 кг, с 12.01.19 по 25.01.19 находилась на амбулаторном лечении в поликлинике БУ «Центральная городская больница» Минздравсоцразвития Чувашской Республики. Жалобы: на неприятный запах изо рта, периодическую кровоточивость десен, выделение экссудата из десневого кармана, периодические ноющие боли в десне и периодическое

припухание десен, подвижность зубов. Анамнез: заболевание в течение 7 лет, с периодическими обострениями. Объективно: Лицо симметричное, высота нижней части лица не изменена, подбородочные и носогубные складки выражены незначительно, открывание рта свободное, плавное, слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована, запах изо рта. Обильный мягкий зубной налет, над- и поддесневые зубные отложения. Адентия 1.4, 4.5, 3.6. Пародонтальные карманы с гноетечением в области 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1,3.2, 3.7, 3.8, 4.1,4.2, 4.7, 4.8 глубиной 5 мм. Подвижность зубов 1.1, 1.2, 2.1, 2.2 2 степени. Перкуссия безболезненна. ИГ - 2,8 балла. РМА - 60%. Индекс кровоточивости - 3-я степень - умеренное кровотечение из межзубного сосочка. Результаты рентгеновского исследования: деструкция костной ткани по смешанному типу с преобладанием вертикального типа резорбции, сопровождающаяся уменьшением высоты межальвеолярных перегородок на 1/3 длины корней зубов. Периодонтальная щель расширена, структура кости расплывчатая. Фагоцитарный индекс - 44,5%. Уровень лизоцима - 3,3 мкг/мл. Диагноз: пародонтит средней степени тяжести, генерализованная форма. Проведено комплексное лечение: 1. Обучение пациента рациональной гигиене полости рта, профессиональная гигиена - удаление над- и поддесневого камня, налета, полировка поверхности зуба, доступной части корня, санация полости рта - лечение кариеса и его осложнений; 2. Терапевтическое лечение: аппликация антисептических растворов на десны. Общая терапия: применение витаминов, препаратов иммуно-метаболической терапии (аевит, аскорбиновая кислота, вобензим, убихинон). 3. Хирургическое лечение: кюретаж. 4. Ортопедическое лечение: Временное шинирование адгезивно-волоконной шиной на основе стекловолокна материалом «GlassSpan» передних зубов на нижней челюсти. Дополнительно проводили местную медикаментозную терапию в два этапа. На первом этапе проводили втирание в десны цеолитсодержащего молотого трепела с размерами частиц 0,3 - 0,4 мм в виде смеси, состоящей из цеолитсодержащего трепела и дистиллированной воды, взятых в равных весовых частях, в течение 15 мин, а на втором этапе проводили наложение аппликаций на пораженные участки десен путем наложения тампонов, смоченных смесью, состоящей из 3 вес.ч. трепела, 1,5 вес.ч дистиллированной воды, на 25 минут. Курс местной терапии составил 14 дней. В процессе лечения отмечена значительная положительная динамика. Через 10 дней исчезли признаки гингивита. Значение ИЛ-1 $\beta$  /ИЛ-4 снизилось с 5,2 до 1,2, фагоцитарный индекс увеличился с 47,5 до 63%, повысился уровень лизоцима с 3,3 до 7 мкг/мл. Степень кровоточивости десны уменьшилась с 3-й степени на 1-ю; РМА снизился с 60 до 10%, ИГ - с 2,8 до 1 балла. Продолжительность амбулаторного лечения составила 14 дней.

Предлагаемый способ был апробирован при лечении 20 человек - основная группа. В группу сравнения вошли 20 больных, лечившихся общепринятым способом. Обе группы были представлены больными пародонтитом легкой и средней степени тяжести, генерализованная форма, однородны по половому, возрастному составу, сопутствующей патологии, наличию вредных привычек. Оценка показателей мукозального иммунитета и цитокинового статуса проводили перед проведением лечения и через 14 дней от начала курса лечения. Клинический статус исследовался на основе изучения показателей индексной оценки состояния пародонта у больных, включавшей такие параметры, как индекс гигиены полости рта по Федорову-Володкиной, степень кровоточивости десен по индексу кровоточивости РВІ, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)[3]. Результаты апробации приведены в табл.1.

#### **Результаты и обсуждение.**

Сравнение клинико-лабораторных показателей больных пародонтитом и здоровых выявили у первых ряд существенных различий. В частности, при пародонтите повышено отношение уровня противовоспалительного цитокина ИЛ-1 $\beta$  к уровню противовоспалительного цитокина ИЛ-4 (рис.1), снижены фагоцитарный индекс (рис. 2) и содержание лизоцима(рис.3).

Рис. 1. Сравнительная оценка уровня ИЛ-1β/ИЛ-4 у больных пародонтитом и здоровых лиц.

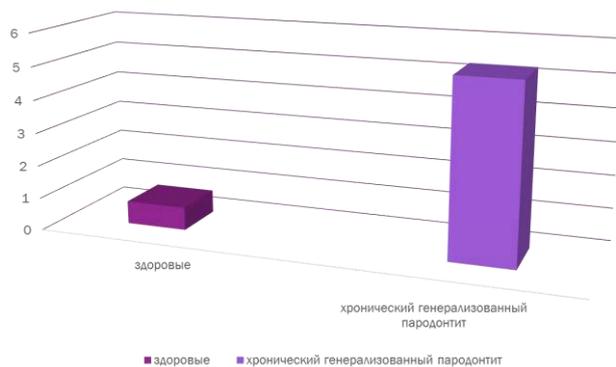


Рис. 2. Сравнительная оценка уровня фагоцитарного индекса (в %) у больных пародонтитом и здоровых лиц

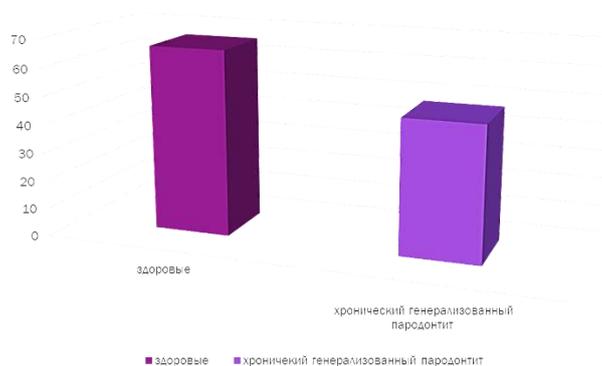


Рис. 3. Сравнительная оценка уровня лизоцима (в мкг/мл) у больных пародонтитом и здоровых лиц

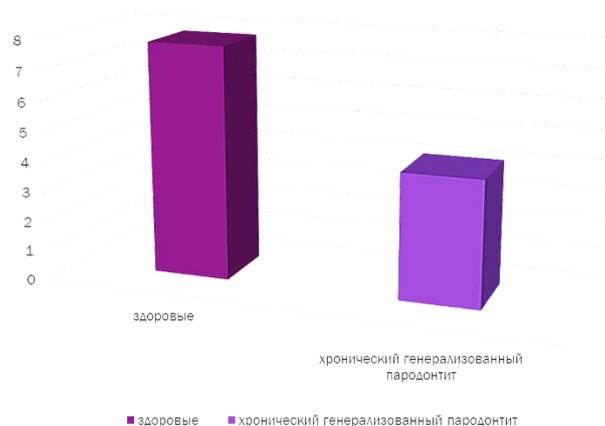


Табл. 1. Сравнительная оценка динамики клиничко-лабораторных показателей в группах больных пародонтитом, генерализованной формы под влиянием различных методов лечения.

Показатели		Стандартное лечение + трепел, n=20	Стандартное лечение, n =20	p<
ИЛ-1β/ИЛ-4	До лечения	5,47±0,30	5,35±0,29	NS
	На 14-й день лечения	1,3±0,1**	3,3±0,15*	0,001
Фагоцитарный индекс,%	До лечения	47,0±1,2	47,1±1,3	NS
	На 14-й день лечения	61,2±1,9**	49,2±1,5	0,001
Лизоцим, мкг/мл	До лечения	4,4±0,02	4,7±0,023	NS
	На 14-й день лечения	7,2±0,04**	5,1±0,03	0,001

Степень кровоточивости десны	До лечения	2,55±0,10	2,55±0,10	NS
	На 14-й день лечения	1,41±0,04**	1,9±0,08*	0,001
РМА,%	До лечения	59,3±1,2	59,3±1,2	NS
	На 14-й день лечения	15,5±1,5***	22,3±2,1**	0,001
Индекс гигиены	До лечения	2,7±0,10	2,7±0,10	NS
	На 14-й день лечения	1,3±0,07**	1,32±0,06**	NS
Сроки достижения ремиссии, дни		15,6±0,23	19,3±0,31	0,001

Примечания: РМА - папиллярно-альвеолярно-маргинальный индекс; звездочками отмечены степени достоверности различий значений показателей относительно исходных (до лечения): \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ ; p - степень достоверности различий значений показателей в группах больных, лечившихся различными методами; NS - различие статистически недостоверно.

### Выводы.

В процессе лечения у пациентов ,получивших втирание и аппликации трепела ,отмечалась стойкая редукция воспаления в пародонте под действием его противовоспалительных и иммуномодулирующих свойств . Произошли существенные сдвиги в показателях иммуно- цитокиновой системы в ротовой жидкости (табл.1): отношение уровня противовоспалительного цитокина ИЛ -1 $\beta$  к уровню противовоспалительного цитокина ИЛ-4 снизилось в 4 раза (в группе сравнения –в 1,6 раза ),увеличился фагоцитарный индекс в 1,3 раза (в группе сравнения- лишь в 1,02 раза ),увеличилось содержание лизоцима в 1,6 раз (в группе сравнения –в 1,08 раз).При этом выявлена положительная динамика показателей индексной оценки состояния пародонта у больных :уменьшились степень кровоточивости десны и папиллярно-альвеолярно-маргинальный индекс . Установлена регрессия симптомов через 14 дней у 90% больных (в группе сравнения –у 65%), через 2 месяца у 95% . Ремиссия пародонтита достигнута в более сжатые сроки, чем в контрольной группе.

### Список литературы

1. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология, под редакцией профессора Л.Б. Борисов, 2002
2. Терапевтическая стоматология ,под редакцией Е.В.Боровского, 2009
3. Патологическая анатомия , под редакцией профессора В.С.Паукова, 2013
4. Патологическая физиология ,под редакцией А.Д. Адо, М.А. Адо, В.И. Пыцкого, Г.В.Порядина, Ю.В.Владимирова, 2002
5. Клинические лабораторные методы исследования, под редакцией Н.И. Румянцевой, А.А. Сапожникова, М.В. Романова, Г.Э. Кулюкинова, С.В. Сапожникова, М.Ю. Сапожникова, 2009
6. Учебное пособие по терапевтической стоматологии , под редакцией А.И. Андрюшкина, А.В. Карпунина, Г.А.Мемикова, 2016
7. Агафонкина Т.В., Меркулова Л.М., Стручко Г.Ю. Исследование структур тимуса и показателей крови крыс при кормлении цеолитсодержащим трепелом // Вестник Чуваш. Ун-та. - 2006. - №2. - 46-56.
8. Болезни десен. Индексные исследования пародонта // Dental Mechanic. - Москва, 2010.
9. Ведяева А.П. Оптимизация комплексного лечения больных быстро прогрессирующим пародонтитом с применением иммуномодулирующей терапии: Автореф. дисс. канд. мед. наук - Саратов, 2011. - 27 с.
10. Грудянов А.С., Григорьян А.С., Фролова О.А. Болезни пародонта: патогенез, диагностика, лечение // Руководство для врачей. М., 2004. - 320 с.
11. Грудянов А.И., Безрукова И.В. Иммунологические показатели крови при быстро прогрессирующем пародонтите // Стоматология. - 2000. - № 3. - С.15-17.
12. Дистанова У.Г., Филько А.Ф. Нетрадиционные виды нерудного минерального сырья. - М: Недра, 1990-260 с.
13. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. М., 2001. - 128 с.

14. Изучение и применение трепелов и диатомитов: Сборник статей.-Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2000.-164 с.
15. Карпенко И.Н., Булкина Н.В., Понукалина Е.В. Современные представления об этиологии и патогенезе быстро прогрессирующего пародонтита //Архив патологии.-2009.- № 1.-с.57-60.
16. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Рогова М.А. и др. Роль цитокинов в механизмах развития хронического воспаления в тканях пародонта // Иммунология. - 2000. - № 6. - С.24-26.
17. Колотилова М.Л. Механизмы терапевтической эффективности цеолитсодержащего трепела на моделях острого токсического гепатита, острого гиперацидного гастрита и язвы желудка: Автореф. дисс. д-ра мед.наук - М., 2005. - 40 с.
18. Конопля Н.А., Успенская М.Н. Состояние системы комплемента и цитокинового статуса при хроническом генерализованном пародонтите; коррекция нарушений //Современные проблемы науки и образования. - 2012. - № 5. С.19-19.
19. Малов И.В., Иванов Л.Н., Колотилова М.Л., Павлов А.Ф. Цеолитсодержащий трепел (ЦТ) в лечении экспериментального кариеса// Современные технологии - в практику здравоохранения.- Чебоксары, 2006.-С.69-70.
23. Юдина Н.А., Успенская М.Н., Лунев М.А. и др. Коррекция нарушений иммунитета при воспалительных заболеваниях пародонта //Мед. иммунол. - 2011. - Т. 13, № 4/5. - С.536.

#### **СЕКЦИЯ №38.**

#### **СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)**

#### **СЕКЦИЯ №39.**

#### **ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)**

#### **СЕКЦИЯ №40.**

#### **ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)**

#### **СЕКЦИЯ №41.**

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

#### **СЕКЦИЯ №42.**

#### **УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)**

#### **СЕКЦИЯ №43.**

#### **ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)**

#### **СЕКЦИЯ №44.**

#### **ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)**

#### **СЕКЦИЯ №45.**

#### **ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)**

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

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

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

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

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

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

**СЕКЦИЯ №52.  
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ  
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)**

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

## ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2019 ГОД

### Январь 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 января 2019 г.

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

### Февраль 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2019 г.

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

### Март 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 марта 2019 г.

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

### Апрель 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2019 г.

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

### Май 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 мая 2019 г.

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

### Июнь 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июня 2019 г.

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

### Июль 2019 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июля 2019 г.

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

#### **Август 2019 г.**

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

Прием статей для публикации: до 1 августа 2019 г.

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

#### **Сентябрь 2019 г.**

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

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2019 г.

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

#### **Октябрь 2019 г.**

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

Прием статей для публикации: до 1 октября 2019 г.

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

#### **Ноябрь 2019 г.**

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

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2019 г.

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

#### **Декабрь 2019 г.**

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

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2020 г.

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

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



**Актуальные вопросы современной медицины**

**Выпуск VI**

**Сборник научных трудов по итогам  
международной научно-практической конференции  
(11 марта 2019 г.)**

**г. Екатеринбург**

**2019 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 10.03.2019.  
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 2,8.  
Тираж 250 экз. Заказ № 030.

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