

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



**Актуальные вопросы и перспективы  
развития медицины**

**Выпуск VI**

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

**г. Омск**

**2019 г.**

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

**Актуальные вопросы и перспективы развития медицины./** Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 6. г. Омск. – НН: ИЦРОН, 2019. 26 с.

**Редакционная коллегия:**

д.м.н., проф. Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Балязин В.А. (г. Ростов-на-Дону), д.м.н., проф. Белов В.В. (г. Челябинск), д.м.н. Бойкова Е.И. (г. Смоленск), д.м.н., проф. Быков А.В. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Грек О.Р. (г. Новосибирск), д.м.н. Гайнуллина Ю.И. (г. Владивосток), д.м.н. Гумилевский Б.Ю. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Даниленко В.И. (г. Воронеж), д.м.н., проф., акад. РАЕН, акад. МАНЭБ Долгинцев В.И. (г. Тюмень), д.м.н. Долгушина А.И. (г. Челябинск), д.м.н., проф. Захарова Н.Б. (г. Саратов), д.м.н., доц. Изможерова Н.В. (г. Екатеринбург), д.м.н., доц. Ильичева О.Е. (г. Челябинск), д.м.н., доц. Карасаева Л.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Карпищенко С.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Колокольцев М.М. (г. Иркутск), д.м.н. Куркатов С.В. (г. Красноярск), д.м.н. Курушина О.В. (г. Волгоград), д.м.н., чл.-кор. РАЕ Лазарева Н.В. (г. Самара), к.ф.-м.н. Лапушкин Г.И. (г. Москва), д.м.н., доц. Малахова Ж.Л. (г. Екатеринбург), к.м.н., доц. Марченко Д.В. (г. Иркутск), д.м.н., проф. Нартайлаков М.А. (г. Уфа), д.м.н. Полякова А.Г. (г. Нижний Новгород), д.м.н., проф. Расулов М.М. (г. Москва), д.м.н., проф. Смоленская О.Г. (г. Екатеринбург), д.м.н., проф. Стебунов С.С. (г. Минск), д.м.н., проф. Тотчиев Г.Ф. (г. Москва), к.м.н., доц. Турдыева Ш. Т. (г. Ташкент), д.м.н. профессор Тюков Ю.А. (г. Челябинск), к.м.н., доцент Ульяновская С.А. (г. Архангельск), д-р биол. наук, проф. Фалалеев А.Г. (г. Минск), к.м.н., доцент Федотова Е.В. (г. Архангельск), д.м.н., профессор Халматова Б.Т. (г. Ташкент), к.м.н., доц. Хидирова Л.Д. (г. Новосибирск), к.м.н., проф. Чвякин В.А. (г. Москва), д.м.н., проф. Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., проф. Юлдашев В.Л. (г. Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам VI Международной научно-практической конференции «**Актуальные вопросы и перспективы развития медицины**», г. Омск 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.

## 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
<b>СЕКЦИЯ №6. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №7. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №8. ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №9. ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №10. ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №11. ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №12. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №13. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №14. КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)</b> .....	6
<b>СЕКЦИЯ №15. КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №16. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №17. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №18. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №19. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №20. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)</b> .....	7

<b>СЕКЦИЯ №21.</b>	
<b>МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №22.</b>	
<b>НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №23.</b>	
<b>НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №24.</b>	
<b>НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №25.</b>	
<b>НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №26.</b>	
<b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b>	
<b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)</b> .....	7
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ	
В СИСТЕМЕ МВД	
Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю.....	8
УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ	
С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	
Харисов А.М. <sup>1</sup> , Шкитин С.О. <sup>2</sup> , Березников А.В. <sup>2</sup> , Берсенева Е.А. <sup>3</sup> ,	
Резчикова Е.В. <sup>2</sup> , Бакирова Э.А. <sup>3</sup> .....	9
<b>СЕКЦИЯ №27.</b>	
<b>ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)</b> .....	11
<b>СЕКЦИЯ №28.</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)</b> .....	11
<b>СЕКЦИЯ №29.</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)</b> .....	11
<b>СЕКЦИЯ №30.</b>	
<b>ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)</b> .....	11
РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ:	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ	
Арсанова Х.И., Касымова Е.Б., Башкина О.А. ....	12
<b>СЕКЦИЯ №31.</b>	
<b>ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №32.</b>	
<b>ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №33.</b>	
<b>ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №34.</b>	
<b>РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №35.</b>	
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №36.</b>	
<b>СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №37.</b>	
<b>СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №38.</b>	
<b>СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №39.</b>	
<b>ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)</b> .....	14

<b>СЕКЦИЯ №40.</b>	
<b>ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №41.</b>	
<b>ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №42.</b>	
<b>УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №43.</b>	
<b>ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №44.</b>	
<b>ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)</b> .....	15
<b>СЕКЦИЯ №45.</b>	
<b>ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)</b> .....	15
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Балбек А.Ф., Репинская И.Н., Доля Е.М., Примышева Е.Н.....	15
<b>СЕКЦИЯ №46.</b>	
<b>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)</b> .....	17
РАЗРАБОТКА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕОИНФОРМАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ Нурбаев С.Д. <sup>1</sup> , Каратаева М.Б. <sup>1</sup> , Султанбаева А.Ж. <sup>1</sup> , Байзаков С.Б. <sup>2</sup> , Худайбергенова Д.Т. <sup>3</sup> , Калгимбаева М.А. <sup>1</sup> , Дуйсенова У.Т. <sup>1</sup> , Нурбаева С.Д. <sup>4</sup> .....	18
<b>СЕКЦИЯ №47.</b>	
<b>АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №48.</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №49.</b>	
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №50.</b>	
<b>ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)</b> .....	22
<b>СЕКЦИЯ №51.</b>	
<b>ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)</b> .....	23
<b>СЕКЦИЯ №52.</b>	
<b>ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ</b> <b>(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)</b> .....	23
<b>СЕКЦИЯ №53.</b>	
<b>ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)</b> .....	23
<b>ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2019 ГОД</b> .....	24

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

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

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

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

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

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

**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)**

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В СИСТЕМЕ МВД

**Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю.**

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

### **Аннотация.**

В статье отражены результаты анализа алгоритма кодирования заболеваемости в различных поликлиниках ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве». Выявлено, что 79% статистических карт заполнены медицинскими сестрами кабинетов врачей-специалистов, которые ориентировались на самостоятельно составленные распечатки наиболее часто встречающихся кодов заболеваний, в 19% случаев выполнена кодировка при помощи врача-специалиста (также на основе имеющейся распечатки). Кодирование осуществлялось, исходя из собственного понимания «правильного» кода, а также исходя из стоимости медико-экономического стандарта.

При анализе статистических карт медицинской службы МВД России, оформленных в стационарах, установлено, в 94% случаев кодирование выполняется «автоматически» в соответствии с накопленными в результате длительного стажа работы шаблонами выписных эпикризов и указанными в них окончательными диагнозами и кодами МКБ-10. В 4% случаев, когда отсутствовала выписка с необходимым диагнозом, врачи использовали имеющуюся в ординаторской самостоятельно составленную распечатку наиболее часто встречающихся кодов заболеваний, в 2 % случаев использовали том МКБ-10. Процентное соотношение было идентично в различных стационарах и не зависело от ведомственной принадлежности.

При анализе алгоритма кодирования в различных поликлиниках ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» выявлено: 79% статистических карт заполнены медицинскими сестрами кабинетов врачей-специалистов, которые ориентировались на самостоятельно составленные распечатки наиболее часто встречающихся кодов заболеваний, в 19% случаев выполнена кодировка при помощи врача-специалиста (также на основе имеющейся распечатки) с установкой наиболее «близкого» кода МКБ-10. В 2% случаев кодирование выполнено после консультации с врачом-статистиком и медицинской сестрой кабинета медицинской статистики поликлиники.

Необходимо отметить, хранящиеся в ординаторских стационаров, а также в кабинетах врачей-специалистов распечатки, оформлены самостоятельно. Как правило, такого рода справочным материалам более 5 лет, они не учитывают появляющиеся обновления и комментарии, кодируют заболевание по группе (например: пупочную грыжу, паховую грыжу, поясничной области, кодируют просто как грыжу K40 или K43).

6% кодов заболеваний самостоятельно изменяются в статистических талонах врачами-статистиками при анализе установленного диагноза. Это осуществляется исходя из собственного понимания «правильного» кода, а также исходя из стоимости медико-экономического стандарта (МЭС). Очевидно, что медицинские организации, находящиеся на самоокупаемости, вынуждены указывать более «дорогие» МЭС. Например, количество таких диагнозов как панариций, киста области копчика, инфицированная мозоль – резко уменьшилось, они кодируются как абсцесс с более дорогим МЭС.

Во всех медицинских организациях кодирование выполняется вручную без использования специализированных автоматизированных программ лексического анализа.

После уточнения алгоритма кодирования заболевания по МКБ-10, врачам-специалистам, врачам-статистикам, администрации медицинских организаций предложено пройти анкетирование с целью оценки их удовлетворенности самой МКБ-10. Анкета включала 11 вопросов, с предложенными вариантами ответов. В опросе приняли участие 221 специалист системы здравоохранения и медицинской статистики.

В ходе оценки данных анкетирования было изучено мнение опрошенных в отношении основной цели МКБ-10. 8 опрошенных указали основной целью МКБ - улучшение качества оказания медицинской помощи в медицинском учреждении. 106 исследуемых указали цель, заключающуюся в формировании системы учета и отчетности по заболеваемости и смертности в здравоохранении Российской Федерации. В 107 случаях отмечена стандартизация медицинского учета, анализ и сравнение данных о заболеваемости и смертности в разных регионах, в разное время.

При оценке мнения опрошенных о наличии в МКБ всех форм и видов заболеваний с учетом современной классификации болезней 65 опрошенных посчитали, что данная классификация содержит все виды и формы заболеваний. Большинство опрошенных (156 специалистов) посчитали, что данная классификация не отражает все виды и формы современной классификации болезней.

Опрошенным предлагалось также ответить на вопрос, касающийся отсутствия нужного диагноза в МКБ при работе. В практической деятельности 162 специалиста сталкивались с проблемой отсутствия нужной клинической формулировки диагноза. 59 опрошенных с данной проблемой не сталкивались. При оценке корректности используемых в МКБ-10 терминов 71 опрошенный свидетельствовал о правильной формулировке используемых терминов. Большинство опрошенных (150 специалистов) посчитали ряд терминов некорректными.

Оценивая правила кодирования первоначальной причины смерти в медицинском свидетельстве о смерти, указанными в МКБ-10 (выбор единственной причины смерти, с указанием причин, приведших к ней) мнение опрошенных разделилось примерно пополам. 111 опрошенных согласились с данными правилами, 110 не согласились. При рассмотрении вопроса об удобстве использования справочника МКБ-10 было установлено, большинство опрошенных (158 специалистов) посчитали данную классификацию удобной к использованию. 63 специалиста посчитали использование данного справочника неудобным. В то же время большинство опрошенных (167 специалистов) согласились с необходимостью внедрения клинической модификации МКБ-10 в Российской Федерации. 53 опрошенных ответили, что клиническая модификация МКБ-10 не нужна.

При ответе на вопрос об уверенности правильности кодирования заболевания, положительный ответ дали только 59 опрошенных. 162 специалиста не всегда были уверены в правильности при кодировании диагноза. Большинство опрошенных (149 специалистов), согласились с необходимостью занесения диагноза в терминах клинического состояния и дальнейшей автоматической перекодировкой в коды МКБ-10. 72 опрошенных с данной обработкой диагноза не согласились.

В ходе исследования опрошенным предлагалось отметить кем должно проводиться кодирование заболевания. При этом 118 специалистов причислили данную функцию лечащему врачу. 103 опрошенных считали, что данная обязанность должна осуществляться врачами-статистиками. В заключении проводилась оценка опрошенными необходимости кодирования диагнозов по МКБ-10 и ведение их статистического учета. Большинство опрошенных (193 специалистов), согласились с данной необходимостью. 28 опрошенных с необходимостью кодирования диагнозов по МКБ-10 и ведения их статистического учета не согласились.

Таким образом, в ходе оценки основных этапов кодирования было установлено, что большинство данных заполняется средним медицинским персоналом, а используемая литература в ряде случаев весьма устарела. В результате код МКБ может быть не точным и указывать лишь на общую характеристику заболевания (без уточнения). Кроме того, весьма значимой проблемой является отсутствие актуальной справочной информации по МКБ, содержащей последние обновления.

## УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Харисов А.М.<sup>1</sup>, Шкитин С.О.<sup>2</sup>, Березников А.В.<sup>2</sup>, Берсенева Е.А.<sup>3</sup>,  
Резчикова Е.В.<sup>2</sup>, Бакирова Э.А.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Филиал № 3 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации, <sup>2</sup>ООО «АльфаСтрахование-ОМС», <sup>3</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

**Введение.** Экспертный контроль в системе обязательного медицинского страхования – система внешнего аудита деятельности медицинской организации. Он позволяет выявлять наиболее значимые нарушения при оказании медицинской помощи и осуществлять дифференцированный подход к их устранению [1]. Поскольку отдельные мероприятия при оказании медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМ спST) 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 инфаркт миокарда.

**Цель исследования** – разработать научно обоснованный подход к определению целесообразности устранения нарушений при оказании медицинской помощи (на примере острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST).

**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 0,304) [4]. На основании результатов определения степени влияния нарушений на формирование исхода ОИМ с пST диагностические и лечебные мероприятия, рассчитанные в том числе на период вне обострения заболевания, разделены на следующие группы:

1) группа 1 – мероприятия, непроведение или ненадлежащее проведение которых не создает риск формирования неблагоприятного исхода: общий анализ крови (J=0,026), общий анализ мочи (J=0,002), биохимический анализ крови (J=0,262), исследование кислотно-щелочного состава крови (J=0,138), коагулограмма (J=0,163), определение групп крови и резус-факторов, исследование носительства возбудителей сифилиса, гепатита В и С, ВИЧ (J<0,001), ЭКГ (J=0,199), рентгенография органов грудной клетки (J=0,016), холтеровское мониторирование ЭКГ (J=0,125), ЭКГ с физическими упражнениями (J=0,204), растворы электролитов (J=0,111), диуретики (J=0,198), бетаадреноблокаторы (J=0,218), ингибиторы АПФ (J=0,154), статины (J=0,105), диетическая терапия (J<0,001).

2) группа 2 – мероприятия, непроведение или ненадлежащее проведение которых создает риск формирования неблагоприятного исхода в течение 12 месяцев после оказания некачественной медицинской помощи: эхокардиография (J=0,311), коронарография (J=0,627), прямые антикоагулянты (J=0,455), дезагреганты (J=0,365), фибринолитики (J=0,487), нитраты (J=0,419), наркотические анальгетики (J=0,311) [4].

**Гипотеза исследования.** Отсроченное устранение нарушений при проведении мероприятий группы 2, невыполненных (выполненных ненадлежаще) при оказании медицинской помощи по поводу ОИМ с пST, целесообразно, поскольку их отсроченное выполнение снижает риск формирования неблагоприятного исхода. Отсроченное устранение нарушений при проведении мероприятий группы 1, невыполненных (выполненных ненадлежаще) при оказании медицинской помощи по поводу ОИМ с пST, не целесообразно, поскольку их отсроченное выполнение не 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 ОИМ с пST 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 (нестабильная стенокардия, повторный 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 1,14 (p>0,05) и 2,14 (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	89,5	88,0	77,5
2	Неблагоприятный: с ухудшением	9,5	11,0	20,0
3	Неблагоприятный: смерть	1,0	1,0	2,5

Таким образом, использование результатов ЭКМП, выполненных с учетом 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 пациентам с ОИМ спST. Отсроченное выполнение эхокардиографии, коронарографии, а также отсроченное назначение прямых антикоагулянтов, дезагрегантов, фибринолитиков, нитратов и наркотических анальгетиков 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», 2019 - 176 с.
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2015 г. № 404ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)».
4. Шкитин С.О. Научное обоснование совершенствования организации и оценки качества медицинской помощи при сердечно-сосудистой патологии. Дисс. ... к-та. мед. наук. Москва, 2018.

**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)**

## РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ

**Арсанова Х.И., Касимова Е.Б., Башкина О.А.**

(**Арсанова Х.И.**, аспирант кафедры факультетской педиатрии, ФГБОУ ВО «Астраханский Государственный Медицинский Университет», г. Астрахань;

**Касимова Е.Б.**, доцент кафедры профилактической медицины и здорового образа жизни, к.м.н., ФГБОУ ВО «Астраханский Государственный Медицинский Университет», г. Астрахань;

**Башкина О.А.**, проректор по научной работе, заведующая кафедрой факультетской педиатрии, ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор)

**Аннотация:** При проведении данного исследования была поставлена цель, оценить эффективность дифференцированного подхода к тактике ведения детей с рецидивирующими респираторными инфекциями, в частности с рецидивирующими бронхитами. В группу наблюдения включены 130 часто болеющих детей в возрасте от 1 до 6 лет, находящиеся на стационарном лечении в ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой в отделении аллергологии. Им было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование с выявлением причины рецидивирующего инфекционного синдрома. Оценивали частоту развития острых респираторных инфекций в течение 6 месяцев последующего наблюдения, продолжительность эпизодов заболеваний, частоту развития осложнений и потребность в антибактериальной терапии.

**Ключевые слова:** дети, рецидивирующие респираторные инфекции, лечение.

**Введение:** Одной из наиболее важных проблем современной медицины - высокая заболеваемость детей острыми респираторными инфекциями. Среди детей дошкольного возраста, посещающих организованные детские коллективы, определяют максимальный уровень заболеваемости, где они могут болеть до 10 раз ОРИ (острая респираторная инфекция) в год при полностью сохранном иммунитете [3, 4]. В России частота встречаемости ОРИ у детей с 2 до 5 лет в среднем 5-6 раз в год [5]. Наиболее часто встречающиеся вирусы – риновирусы, коронавирусы, вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторный синцитиальный вирус, метапневмовирус и другие. У обследованных детей могут диагностировать два и более вируса. Примерно 25 % ЧБД болеют ОРИ практически ежемесячно [1,4]. Несмотря на то, что большинство ОРИ имеет легкое течение и не приводит к развитию осложнений, частые эпизоды заболеваний ухудшают общее самочувствие детей, препятствуют их повседневной активности, ограничивают посещение ребенком детского коллектива, а также наносят значительный экономический ущерб [6]. Рецидивирующие бронхиты, тяжело протекающие и сопровождающиеся развитием осложнений, могут способствовать формированию хронических инфекционных болезней, приводить к повышенной сенсибилизации организма и развитию функциональных изменений со стороны бронхолегочной системы [2]. Наблюдаемые как часто болеющие респираторными инфекциями дети дошкольного возраста, 40% составили дети с бронхиальной астмой легкого течения [1,3]. У генетически предрасположенных людей, повторные рецидивирующие бронхиты, наслаиваясь на аллергически воспаленную слизистую, формируют гиперреактивность бронхов.

**Цель исследования:** Оценить эффективность дифференцированного подхода к тактике ведения детей с рецидивирующими бронхитами

**Методы исследования:** За период 2017-2019 года в ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой в отделении аллергологии, были обследованы ЧБД с рецидивирующими бронхитами. Их число составило 130 детей в возрасте от 1 до 6 лет (59% — мальчики, 41% — девочки). Средний возраст наблюдаемых составил  $6,0 \pm 1,4$  лет, причем более 20% обратившихся попали в возрастную группу 3-5 лет, что подчеркивает значение дошкольного периода как фактора риска развития рецидивирующих респираторных инфекций. Необходимо отметить, что все пациенты в течение разного времени уже наблюдались педиатрами по поводу частых ОРИ (т. е. были отнесены к группе ЧБД), им проводили различные профилактические мероприятия, включая неоднократные курсы лечения иммуномодулирующими препаратами. Несмотря на это, они продолжали болеть респираторными инфекциями, в связи с чем и обратились за помощью. Средняя частота респираторной заболеваемости у них за последние 6 мес составила  $8,5 \pm 2,7$  раза, средняя продолжительность эпизодов —  $10,4 \pm 2,0$  дней, длительность лихорадочного периода —  $3,0 \pm 0,7$  дней. В подавляющем большинстве случаев (75%) эпизоды ОРИ у данной группы детей сопровождались развитием различных осложнений (аденоидит, отит, тонзиллит,

синусит, ларинготрахеобронхит, обструктивный бронхит, пневмония). В связи с этим они достаточно часто получали антибактериальную терапию. Средняя частота применения антибиотиков в обследуемой группе составила  $2,5 \pm 0,4$  раза. Следует отметить, в определенных случаях использование антибактериальных препаратов было необоснованно, когда врачи назначали их при ларингитах, обструктивных бронхитах, затяжном кашле или с первых дней ОРВИ на фоне высокой лихорадки.

**Результаты и обсуждение:** Всем детям было проведено комплексное обследование, в которое помимо общеклинических методов входило лабораторное иммунологическое исследование и выявление персистирующих инфекций и паразитарных инвазий, консультации оториноларинголога и пульмонолога (по показаниям). При анализе обратившихся за помощью детей обнаружено, что 55 % из них хроническая патология ЛОР органов (гиперплазия аденоидов, хронический тонзиллит), у 23% выявлялись различные персистирующие инфекции и инвазии (герпетическая, цитомегаловирусная, хламидийная, микоплазменная инфекция, лямблиоз), у 40 % детей обнаружены симптомы респираторной аллергии (бронхиальная астма, аллергический ринит). При этом далеко не все пациенты получали адекватный комплекс лечебно-профилактических мероприятий в связи с имеющейся патологией. Лишь 1/4 детей с патологией ЛОР-органов проводили курсы консервативной терапии, чаще всего им было рекомендовано хирургическое лечение. Вместе с тем, дети получали иммуностропные препараты различных групп, неоднократно нарушая правила проведения иммунотерапии в педиатрии (использование препаратов с недоказанной эффективностью и безопасностью, назначение иммуностропных средств без учета возрастных ограничений и в нерациональных лекарственных формах, несоблюдение доз и курсового режима приема препаратов).

Таким образом, после комплексного обследования структура заболеваемости детей изучаемой группы изменилась, в первую очередь за счет значительного увеличения доли детей с аллергической патологией. Данный факт требует проведения более масштабных эпидемиологических исследований для уточнения истинной распространенности респираторной аллергии среди детей с рецидивирующими респираторными инфекциями [2].

**Заключение:** Таким образом, в амбулаторной практике в группу ЧБД зачастую попадают пациенты с различными формами патологии. «Диагноз» ЧБД получивший такое продвижение среди участковых педиатров опасен тем, что данная группа больных может включать как практически здоровых детей, так и детей с серьезными хроническими заболеваниями. В одном случае ребенок получает безосновательное диагностическое вмешательство, и ему проводят неадекватную иммуномодулирующую терапию, во втором — не назначают эффективного патогенетического лечения в связи с отсутствием правильно поставленного диагноза [5,6]. Из всего сказанного следует, необходимость более широкого использования в практике термина «рецидивирующие респираторные инфекции», чтобы определить целевую группу для проведения профилактических и реабилитационных мероприятий. Результаты такого обследования определяют дифференцированный подход к дальнейшей тактике ведения пациента, которая заключается в назначении специфического лечения в соответствии с установленной патологией (противоаллергическое, противопаразитарное, лечение специфической инфекции и т. д.), что само по себе приводит к снижению частоты встречаемости и продолжительности эпизодов рецидивирующих ОРВИ, а у детей-атопиков — и к снижению частоты развития осложнений и потребности в антибактериальной терапии. Часто именно она определяет исход воспалительного процесса: выздоровление или хронизация, ремиссия или рецидив [2,3].

### Список литературы

1. Булгакова В.А. Современное состояние проблемы часто болеющих детей / В.А. Булгакова, И. И. Балаболкин, В.В. Ушакова // Педиатрическая фармакология. – 2007. – Т. 4. - № 2. - С. 48–52.
2. Баранов А.А. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика (пособие для врачей). Научно-практическая программа Союза педиатров России / под ред. А. А. Баранова. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. - 2002.
3. Иванова Н.А. Часто болеющие дети / Н.А. Иванова // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 16. - № 4. - С. 183–185.
4. Намазова Л. С. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций / Л.С. Намазова, В.В. Ботвиньева, Р.М. Торшхоева и др. // Педиатрическая фармакология. – 2005. – Т. 2. - № 1. - С. 3–7.
5. Самсыгина Г. А. Часто болеющие дети. Проблемы диагностики, патогенеза и терапии / Г.А. Самсыгина, Г.С. Коваль // Детский врач. – 2008. – № 6. – С. 5–10.

6. Савенкова М. С. Лечебно-профилактическая эффективность бактериальных лизатов при респираторных заболеваниях / М.С. Савенкова, А.А. Афанасьева, В.С. Минасян, С.И. Тюркина // Детские инфекции. - 2010. - № 1. – С. 31–36.

**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)**

**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)**

**ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА  
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Балбек А.Ф., Репинская И.Н., Доля Е.М., Примышева Е.Н.**

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

**Аннотация:** В настоящее время СД является одним из наиболее распространенных заболеваний, которое имеет много осложнений. Наименее изучены поражения желудочно-кишечного тракта. Остаются не исследованными патогенез, особенности клиники при сочетанном течении СД и патологии желудочно-кишечного тракта. Недостаточное информирование о возможном развитии данной патологии при СД ведет к несвоевременной диагностике и профилактике, отсутствию четко отработанной тактики консервативного и хирургического лечения.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, желудочно-кишечный тракт, осложнения, сопутствующая патология.

**Введение:** Сахарный диабет (СД) представляет собой важную проблему общественного здоровья, распространенность которого в течение последнего десятилетия значительно выросла. В 2000 г. число больных СД в мире составляло 171 млн. человек (2,8%), в 2013 г. – 382 млн., к 2035 г. эксперты Всемирной Диабетической Федерации (IDF) прогнозируют увеличение количества больных на планете на 55% – до 592 млн. человек [1]. В РФ по данным ГРСД на 31.12.2012 г. общее число зарегистрированных по обращаемости больных, включая детей и подростков с СД 1 типа (СД 1) и СД 2, составило 3 779 423 человек, среди которых 3 453 680 человек (91,38%) страдают СД 2 [1]. По данным Международной Диабетической Федерации, в мире подавляющее большинство пациентов с СД 2 находится в возрастной категории от 40 до 59 лет, в Российской Федерации – от 30 до 50 лет, т.е. в наиболее трудоспособном возрасте [1].

**Цель:** Выявление осложнений желудочно-кишечного тракта у больных СД, изучение особенностей клинического течения сочетанных заболеваний, а также определение взаимосвязи вредных привычек с клинической симптоматологией осложнений.

**Основная часть:** В настоящее время большое внимание уделяется состоянию различных органов и систем при СД, т.к. патологические проявления в них во многом определяют течение заболевания и длительность жизни пациента. На данном этапе хорошо изучена патология сердечно-сосудистой, нервной и мочевыделительной систем, однако гастроэнтерологические аспекты изучены гораздо хуже. В исследовании Ю. Г. Лейтес с соавт. отмечалось, что в группе больных СД дисфагия выявляется в 2–27 % случаев, гастропарез в 7–29 %, диарея в 0–22 %, запоры в 2–60 %, недержание кала в 1–20 % [5]. Изучение у 15000 человек, имеющих в 4,9 % сахарный диабет, среди которого преобладал СД 2 типа (94,8 %), распространенности 16 отдельных гастроэнтерологических симптомов и 5 синдромов, показало более высокую частоту симптомов и синдромов со стороны ЖКТ у больных СД [5].

При изучении 156 историй болезни пациентов СД 1 и СД 2 с различной патологией ЖКТ, которые проходили обследование и лечение в условиях эндокринологического отделения ГБУЗ РК «РКБ имени Н.А. Семашко» были получены следующие результаты.

Обследовано 46 человек с СД 1 типа, из них 29 мужчин, 17 женщин со стажем заболевания более 1 года. Средний возраст составил  $45,5 \pm 2,23$  лет. Индекс массы тела (ИМТ)  $25,05 \pm 0,72$  кг/м<sup>2</sup>. Все пациенты получали терапию аналоговыми и генно-инженерными видами инсулина в режиме базис-болус. Среди всех пациентов 24 человека (52,1%) имеют вредную привычку в виде курения. Они выкуривают от 10 сигарет до 1,5 пачек в день. У части исследуемых пациентов наблюдалось наличие сопутствующей патологии, в частности: 21 человек (45,6%) страдают артериальной гипертензией (АГ), 9 человек (19,5%) хроническим пиелонефритом (ПН). С целью понижения артериального давления (АД) пациенты получали гипотензивную

терапию в различных комбинациях, а при обострении воспалительного процесса в почках проходили курсы антибактериальной терапии. В результате исследования выявлено, что у пациентов СД 1 патология верхних отделов ЖКТ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), гастропатия, язвенная болезнь (ЯБ) составляют 47,7%. В результате исследований (Федорченко Ю.Л. и соавт., 2002) установлено, что у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК), независимо от типа СД, степень инфицированности *Helicobacter pylori* (Hр) примерно одинакова: при СД 1-го типа - 75%, при СД 2-го типа - 81%. При сочетании ЯБ желудка с СД 1-го типа инфицированными Hр оказались 86% больных, при СД 2-го типа - только 40% [3]. Диагноз хронического панкреатита (ХП) установлен у 12 пациентов (26,0%). Существует корреляционная связь между хроническим панкреатитом и гастропатией на уровне значимости  $p=0,02$ . Патология печени и желчного пузыря (ЖП) составляет 60,7%. Сахарный диабет 1 типа также может сочетаться с аутоиммунными заболеваниями печени. Следует помнить, что при сочетании отклонений печеночных тестов и гипергликемии необходимо исключить гемохроматоз [6]. Атония желчного пузыря возникает, как правило, рано и длительное время может протекать латентно. Имеют место количественные и качественные изменения желчеобразования, повышается содержание дегидрооксижелчных кислот. При этом желчь может поступать в кишечник независимо от приема пищи, что является дополнительным фактором, влияющим на моторику пищеварительного тракта, всасываемость питательных веществ [3].

У некоторых пациентов отмечается сочетанная патология ЖКТ. Из всех пациентов СД 1 56,5% (n-26) госпитализированы в отделение в состоянии умеренного и выраженного кетоза, что свидетельствует о нарушении дезинтоксикационной функции печени. Все пациенты указывают на частые эпизоды ацетона в моче в течение года, вследствие нарушения питания, редко приема алкоголя. При сборе анамнеза у данных пациентов жалобы на дискомфорт в правом подреберье, горечь во рту, формирование контрактур Дюпоитрена (в клинических исследованиях установлена зависимость контрактур от СД). Процесс выведения из состояния кетоза затягивался, несмотря на интенсивную инсулино-, дезинтоксикационную терапию.

Пациентов СД 2 типа 110 человек, из них, 42 мужчины и 68 женщины со стажем заболевания более 1 года. Средний возраст  $62 \pm 1,6$  лет. ИМТ  $30,2 \pm 0,65$  кг/м<sup>2</sup>. Всего инсулинотерапию получали 60 человек (54,5%) в двух, пяти инъекциях и в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами. Из всех пациентов СД 2 курильщиков 34,5% (n-38) человек. Сопутствующая патология: АГ 98 человек (89,9%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) 59 человек (53,6%), хронический ПН – 35 пациентов (31,8%). Большинство больных для лечения сопутствующей сердечно-сосудистой патологии в постоянном режиме получают гипотензивную терапию, антиагреганты, статины, а также антибиотики при обострении ПН. Патология ЖКТ у пациентов СД 2 разнообразна: заболевания печени и ЖП составляют 47,1%. Для больных СД 2 типа характерны нарушения моторики ЖП с преобладанием его гипокинезии и/или атонии, которые некоторые авторы рассматривают как фактор риска желчнокаменной болезни [5]. Поражение печени, патогенетически связанное с сахарным диабетом 2 типа или нарушенной толерантностью к глюкозе, обозначают, как неалкогольная жировая болезнь печени [6]. Неалкогольная жировая болезнь печени как проявление метаболического синдрома сочеталась с СД в 28–55 % случаев, с ожирением в 60–98 %, с дислипидемией в 27–92 %. При этом признаки жировой болезни печени при ультразвуковом исследовании у больных СД 2 типа обнаруживались в 69 % случаев, при биопсии печени до 87 % [5]. Патология пищевода, желудка и 12-перстной кишки у пациентов, страдающих СД 2 типа составила 49,0%. У больных СД 2 типа в качестве сопутствующего заболевания имеется более высокая частота ГЭРБ по сравнению с лицами без нарушения толерантности к глюкозе. Чаше выявляется бессимптомное течение ГЭРБ, затрудняющее своевременную диагностику этого заболевания, по сравнению с пациентами, не страдающими СД [2]. Как свидетельствуют данные анализа исследований М.Р. Зиннатулин и соавт. у 14,3% больных СД 1 имело место бессимптомное течение ЯБ. Достоверно больше число «немых» язв выявлено у пациентов с СД 2 типа в отличие от больных СД 1 типа (23,8% и 14,3% соответственно,  $p<0,05$ ) [4].

При эндоскопическом исследовании выявлена эритематозная гастропатия, при этом уреазный тест отрицательный в 83% случаев, что связано с приемом антиагрегантов, антибактериальных препаратов по поводу имеющейся сопутствующей патологии со стороны сердца и почек. Обращает на себя внимание тот факт, что у больных обеих групп отсутствует компенсация основного заболевания: HbA<sub>1c</sub> у больных СД 1 составил  $9,1 \pm 0,35\%$ , а у СД 2  $8,7 \pm 1,1\%$ . Парадоксальным является тот факт, что несмотря на применение статинов у пациентов СД 2 не достигнуты целевые значения общего холестерина ( $5,8 \pm 0,23$  ммоль/л).

**Заключение:** Патология ЖКТ встречается у пациентов СД 1 и СД 2 с неудовлетворительными показателями углеводного обмена и в состоянии декомпенсации. Нарушение диеты, режима питания, прием

алкоголя, курение у больных СД 1 типа приводят к поражению не только верхних отделов ЖКТ, но и печени, что в свою очередь, ведет к нарушению дезинтоксикационной функции печени и формированию порочного круга: кетоз-гипергликемия-поражение печени. У пациентов СД 2 отмечается рост заболеваемости верхних отделов ЖКТ, что связано с применением антиагрегантов и статинов по поводу имеющейся патологии сердца, а также частым применением антибиотиков в связи с обострением ПН. Патология желудка, кишечника и печени у больных СД усугубляют течение самого заболевания, удлиняют процесс наступления компенсации и снижают эффективность специфического лечения СД. На основании полученных данных показана необходимость тщательного клинико-лабораторного и инструментального обследования всех больных с СД для выявления осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, с целью своевременной диагностики патологии, что позволит специалистам проводить комплексную терапию для улучшения эффективности лечения этих больных. Необходим персонализированный подход к подбору терапии у больных СД с учетом патологии ЖКТ. Своевременная диагностика и адекватная терапия позволяют устранить проявления заболевания, улучшить состояние метаболического контроля и качество жизни пациентов, продлить долголетие больных СД.

### Список литературы

1. Калашникова М. Ф., Сунцов Ю. И., Белоусов Д. Ю., Кантемирова М. А. Анализ эпидемиологических показателей сахарного диабета 2 типа среди взрослого населения города Москвы. Сахарный диабет, 2014, № 3
2. Кахраманова, Диана Александровна. Сочетание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с сахарным диабетом 2 типа: особенности течения и возможности раннего выявления осложнений : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.01.04 / Кахраманова Диана Александровна; [Место защиты: ГОУВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет"].- Москва, 2012.- 139 с.: ил.
3. Колесникова Е.В. Эндокринные заболевания и патология органов пищеварения. Интернет-сайт <http://www.gastroscan.ru> – 10 июня 2011г.
4. М.Р.Зиннатулин, В.В.Трусов, М.Л.Данилова. Клинико-эпидемиологические особенности гастродуоденальной патологии у больных сахарным диабетом.
5. Осипенко М. Ф., Воронцова Е. С., Жук Е. А. Гастроэнтерологические симптомы при сахарном диабете 2 типа
6. Шутьпекова Ю. О. Гастроэнтерологические проявления автономной диабетической нейропатии. РМЖ, Болезни органов пищеварения, 2011, № 17

### **СЕКЦИЯ №46.**

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)**

**РАЗРАБОТКА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА  
ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕОИНФОРМАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ**

**Нурбаев С.Д.<sup>1</sup>, Каратаева М.Б.<sup>1</sup>, Султанбаева А.Ж.<sup>1</sup>, Байзаков С.Б.<sup>2</sup>, Худайбергенова Д.Т.<sup>3</sup>,  
Калгимбаева М.А.<sup>1</sup>, Дуйсенова У.Т.<sup>1</sup>, Нурбаева С.Д.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>ТОО «Селекция Орталыгы», г. Шымкент, Республика Казахстан;

<sup>2</sup>НОУ «Региональный Социально-Инновационный Университет»,  
г. Шымкент, Республика Казахстан;

<sup>3</sup>Казахский национальный агротехнический университет им. С. Сейфуллина,  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан;

<sup>4</sup>Филиал РГКП «Центр судебных экспертиз» МЮ РК «Институт судебных экспертиз» по ВКО,  
г. Усть-Каменогорск, Республика Казахстан

### Введение

На популяционном уровне организации взаимодействие генофонда человека с окружающей средой проявляется различными эффектами, в том числе заболеваемостью населения. Ядро проблемы составляют исследования пространственной динамики и адаптивных резервов генофондов в меняющихся условиях природной и антропогенной среды. Особое значение при исследовании популяционных аспектов взаимодействия "генетип(здоровье)-среда" придается системному подходу. Проведенный компьютерный картографический анализ распространения параметров внешней среды и заболеваемость населения - позволил количественно оценить динамику каждого из объектов, факторы, механизмы и пространственно-временные связи в системе "окружающая среда-здоровье".

### Материалы и методы

Материалом данной исследования послужили статистические данные за 2016г., по экологии регионов данные РГП «Казгидромед» (департамент экологического мониторинга) Министерство энергетики Республики Казахстан [1], по здоровью населения в регионах данные Министерство здравоохранения Республики Казахстан [2].

Для анализа были включены следующие данные табл.1.

Методом исследования являлся неоднократно использованный в подобных исследованиях - метод геногеографии, географическая информационная система (ГИС) [3], [4], [5].

### Результаты и обсуждение

Популяционные исследования как способ познания, в том числе связанный с пространственно-временным анализом, предполагает не только совершенствование способов отображения распределения изучаемых признаков по территории, но и показ их отношений и связей с другими особенностями исследуемого объекта, особенно в тех случаях, когда их анализируют как взаимосвязанные сложные системы. Возникает необходимость исследовать варьирующиеся как в пространстве, так и по времени характеристики сразу нескольких явлений. Выполнить такой анализ возможно только на основе причинно-следственных соотношении рассматриваемых систем признаков. В этом плане наиболее подходящим инструментом является современные географические информационные системы.

Таблица 1. Медико-экологическая информация по административно – территориальным единицам РК

Административ-но-территориальная единица (области)	Болезни органов дыхания, среднее пп. 3, 4, 5	Общая загрязненность, среднее пп. 6,7,8,9	Астма (на 100 000 населения)	Бронхит хронический и неуточненный, эмфизема (на 100 000 населения)	Пневмония (на 100 000 населения)	Взвешенные вещества (пыль) (mg/m <sup>3</sup> )	Диоксид серы (mg/m <sup>3</sup> )	Диоксид азота (mg/m <sup>3</sup> )	Оксид азота (mg/m <sup>3</sup> )
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Акмолинская	484,67	0,02995	106,3	148,9	1198,8	0,04	0,005	0,0148	0,06
Актюбинская	231,7	0,01525	55,1	344,6	295,4	0,02	0,013	0,02	0,008
Алматинская	340,33	0,05325	53,9	457,3	509,8	0,1	0,023	0,05	0,04
Атырауская	203,33	0,0495	51,1	286,7	272,2	0,1	0,018	0,04	0,04

З-Казахстанская	148,57	0,02275	46,3	117,5	281,9	0,02	0,021	0,03	0,02
Жамбылская	557,7	0,04725	61	563	1049,1	0,1	0,009	0,06	0,02
Карагандинская	165,1	0,091	38,4	69	387,9	0,3	0,016	0,04	0,008
Костанайская	316,23	0,03475	118,1	130,5	700,1	0,01	0,029	0,03	0,07
Кызылординская	223,93	0,04425	60,6	408,9	202,3	0	0,087	0,07	0,02
Мангыстауская	159,7	0,039	94,4	211,6	173,1	0,1	0,016	0,03	0,01
Ю-Казахстанская	426,83	0,06375	63,9	722,9	493,7	0,2	0,005	0,04	0,01
Павлодарская	321,6	0,03525	92,8	219,5	652,5	0,1	0,013	0,02	0,008
С-Казахстанская	430,23	0,0435	112,5	266,1	912,1	0,1	0,054	0,02	0
В-Казахстанская	293,3	0,054	87,6	215,8	576,5	0,1	0,066	0,04	0,01
г. Астана	449,87	0,1325	240,7	209,3	899,6	0,4	0,04	0,08	0,01
г. Алматы	356	0,09575	139,9	673,4	254,7	0,2	0,053	0,08	0,05

Суть данной системы заключается в следующем: информация о исследуемых объектах об интересующем нас регионе накапливается в специальной базе данных; источниками информации являются как результаты экспедиционных исследований, так и литературные источники, различные статистические отчеты организаций здравоохранения и проч. Затем, с помощью специально разработанной математической модели, указанные данные трансформируются в цифровую модель (ЦМ) распространенности данного фактора в исследуемом регионе. Факторами могут быть величины интересующего нас экологических факторов, болезни в популяциях и др. После построения ЦМ, она визуализируется для дальнейшего принятия решения или анализа информации. Все картографо-статистические и картографо-математические действия проводятся именно с ЦМ. Таким образом, исследователи получают практически неограниченные возможности моделирования с помощью как детерминистических, так и стохастических подходов.

Так как большинство задач популяционных исследований основаны на величинах имеющих случайную природу, то более всего продвинута для данной системы стохастическая модель, основанная на одно- и многомерных методах математической статистики. Основное и главное отличие данной системы, от остальных ведущих мировых разработок в том, что разработана методология оценки надежности таких ЦМ в моделировании задач популяционных исследований с использованием подходов теории надежности [6]. Были построены ЦМ 9 исследуемых признаков (см. таб.2).

Таблица 2. Анализируемые признаки

1	Болезни органов дыхания, среднее пп. 3, 4, 5 (на 100 000 населения)
2	Общая загрязненность, среднее пп. 6,7,8,9
3	Астма (на 100 000 населения)
4	Бронхит хронический и неуточненный, эмфизема (на 100 000 населения)
5	Пневмония (на 100 000 населения)
6	Взвешенные вещества (пыль) ( $mg/m^3$ )
7	Диоксид серы ( $mg/m^3$ )
8	Диоксид азота ( $mg/m^3$ )
9	Оксид азота ( $mg/m^3$ )

Затем были вычислены коэффициенты корреляции по Пирсону между ними(см.табл.3).

Прежде всего, обращает на себя внимание корреляции между величинами общее загрязненность атмосферного воздуха и заболеваемость населения болезнями органов дыхания ( $r=0,425$ ,  $p>0,05$ ). Среди компонентов болезни органов дыхания, астма коррелирует с общей загрязненностью атмосферного воздуха ( $r=0,505$ ,  $p>0,05$ ). При рассмотрении компонентов загрязненности атмосферного воздуха обнаруживается корреляция ( $r=0,435$ ,  $p>0,05$ ) взвешенные вещества (пыль) с астмой. А также значимая корреляция диоксида азота с хроническим бронхитом и неуточненный, эмфиземой ( $r=0,635$ ,  $p>0,05$ ).

Обнаруженные корреляции доказывают тесную взаимосвязь болезни органов дыхания с загрязненностью атмосферного воздуха.

Таблица 3. Матрица коэффициентов корреляции между признаками

признаки	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1	<b>0,425</b>	0,477	0,509	0,813	0,357	0,06	0,299	0,223
2		1	<b>0,505</b>	0,348	0,21	0,914	0,233	0,732	0,042
3			1	-0,035	0,481	<b>0,435</b>	0,168	0,234	0,224
4				1	-0,079	0,2	0,139	<b>0,635</b>	0,136
5					1	0,241	-0,049	-0,114	0,15
6						1	-0,084	0,454	-0,197
7							1	0,52	-0,016
8								1	0,196
9									1

Полученные данные хорошо согласуются результатами исследования Международного агентства по изучению заболеваний органов дыхания, входящего во Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) опубликованной в бюллетене этой организации в октябре 2013 г. [7]. Согласно этой работе загрязнение воздуха является основной причиной заболевания органов дыхания человека. По данным экспертов этой организации, 235 миллионов человек страдают от астмы, 64 миллиона человек имеют другие болезни органов дыхания. Наиболее тяжелая ситуация в этом плане сложилась в Индии и Китае.

Для визуализации нами были построены 5 карты. На рис. 1 приведена карта заболеваемости населения РК болезнями органов дыхания (построена как средняя по трем нозологическим формам астма, бронхит хронический и неуточненный, эмфизема и пневмония, на 100 000 населения). На рис. 2 приведена карта выбросов загрязняющих веществ в атмосферу в РК (построена как средняя по 4 показателям взвешенные вещества (пыль), диоксид серы, диоксид азота и оксид азота ( $mg/m^3$ )). На рис.3-5 карты – заболевания отдельных нозологических форм болезней органов дыхания.

### Заключение

Полученные данные свидетельствует о негативном влиянии неблагоприятной экологии на здоровье населения. Установлено о ведущей роли загрязнения атмосферного воздуха на болезни органов дыхания.

В рамках проекта ТОО «Селекция орталыгы» «Разработка и осуществление мониторинга взаимодействия "генотип-среда"» планируется дальнейшие исследования как по направлению выявления отдельных элементов в составе выбросов, так и их влияния на здоровье человека и животных.

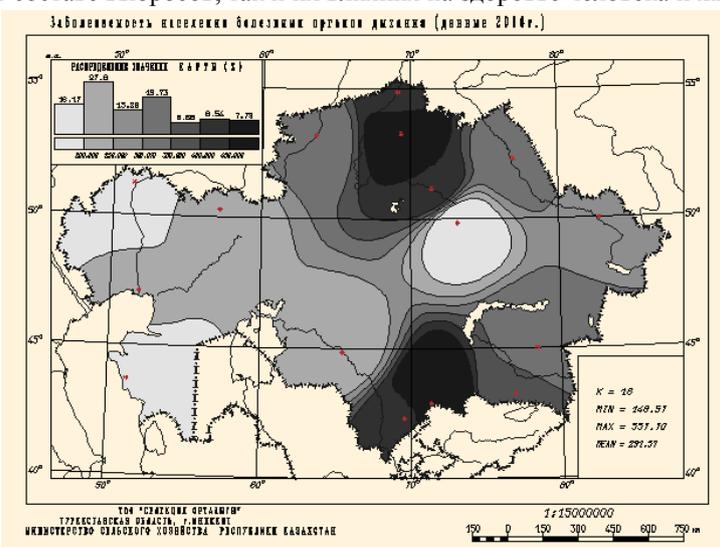


Рисунок.1 Заболеваемость населения РК болезнями органов дыхания (на 100 000 населения)

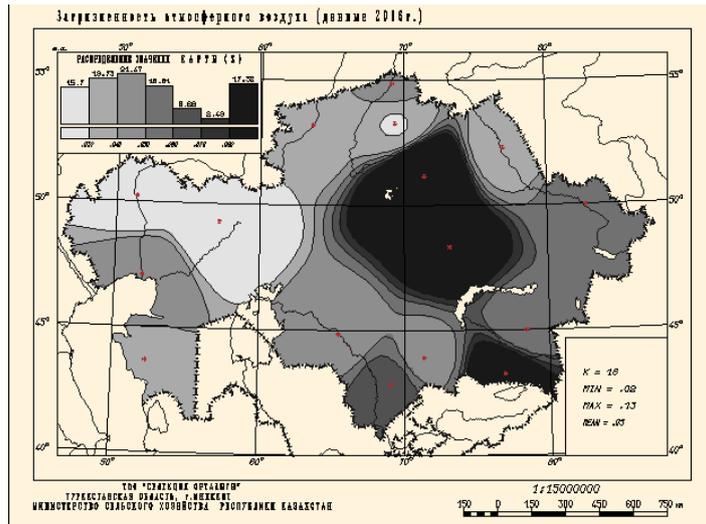


Рисунок 2. Выбросы загрязняющих веществ в атмосферу

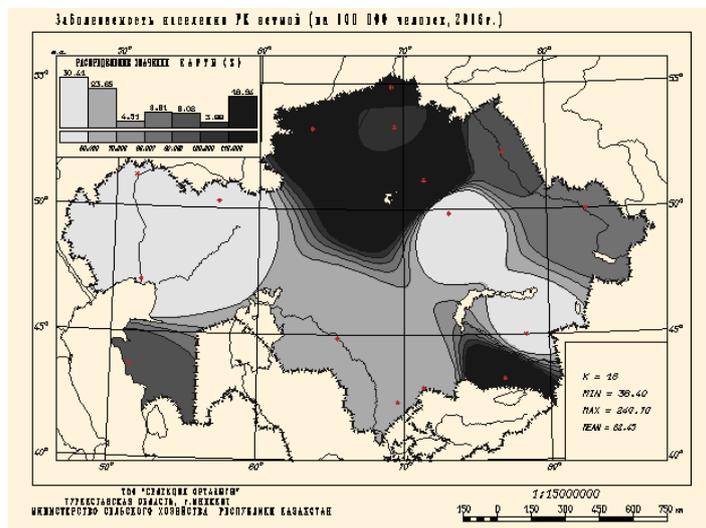


Рисунок.3 Заболеваемость населения РК астмой (на 100 000 населения)

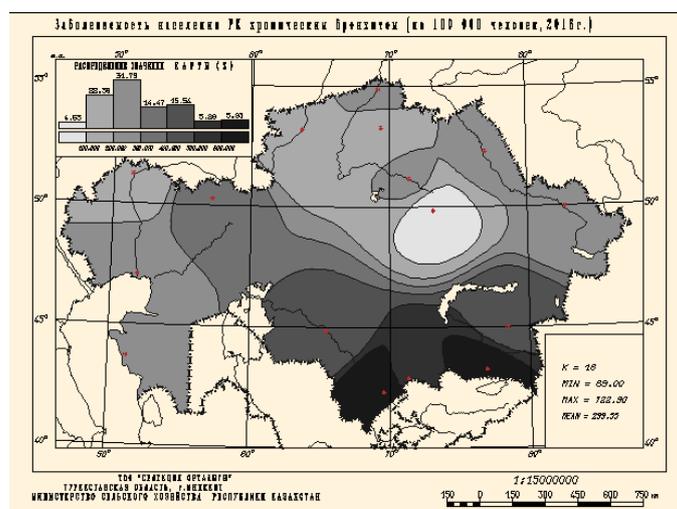


Рисунок.4 Заболеваемость населения РК хроническим бронхитом ( неуточненный, эмфизема) (на 100 000 населения)

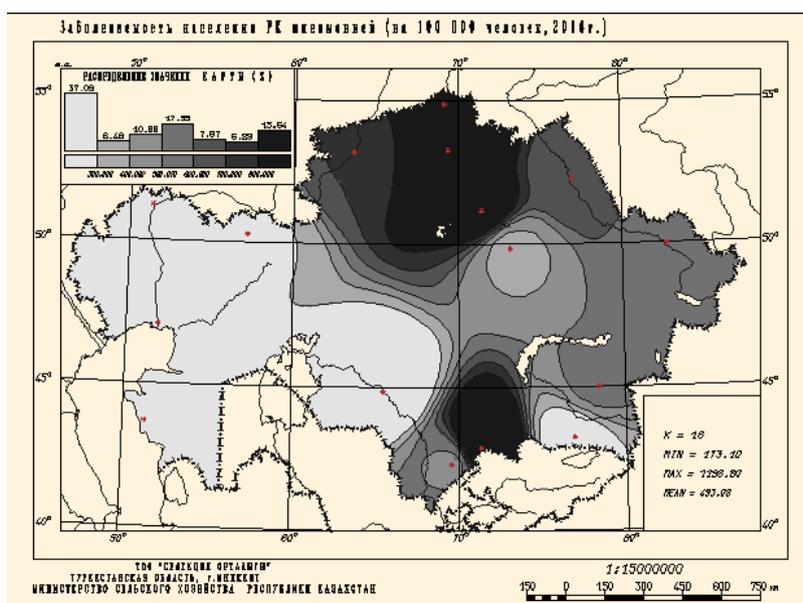


Рисунок.5 Заболеваемость населения РК пневмонией (на 100 000 населения)

### Список литературы

1. Информационный бюллетень о состоянии окружающей среды Республики Казахстан за 2016 г. //Стат. сборник. – Астана, 2017 г.-412с.
2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 г.//Стат. сборник. - Астана, 2018 г.-354с.
3. С.Д. Нурбаев и др. Количественное определение взаимодействия «генотип (здоровье) – среда» для населения Восточно-Казахстанской области с использованием технологии геногеографии.// Региональный вестник Востока № 1 (61), 2014, с.65-73
4. E.K. Ginter, S.D. Nurbaev, E.V. Balanovskaya, O.P. Balanovsky. An estimation of the burden of hereditary pathology on the basis of theory of reliability.// The Am. J. of Human Genetics, v.63, p.263,1998
5. V. A. Spitsyn, O.L. Kravchuk, S.D. Nurbaev, D. Krause, W. Kuchheuser. Climate-Dependent Genetic Variation of alpha-2HS-Glycoprotein.//Human Biology, June 1998, v.70, №3, pp.463-475
6. С.Д. Нурбаев, Е.В. Балановская. Компьютерная технология геногеографического изучения генофонда. V. Оценивание надежности карт // Генетика. 1998. Т.34. № 6. С.825-838.
7. www.who.int (актуализация 2019г.).

#### **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 и перспективы  
развития медицины**

**Выпуск VI**

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

**г. Омск**

**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 10.05.2019.  
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 2,4.  
Тираж 250 экз. Заказ № 050.

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