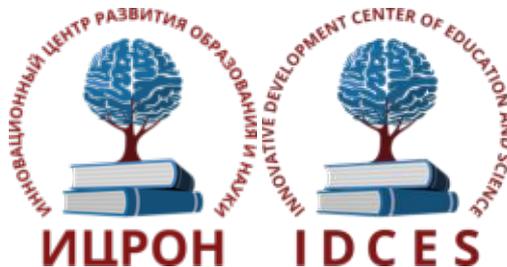


ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



**Современная медицина: актуальные вопросы и
перспективы развития**

Выпуск VII

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 сентября 2020 г.)**

г. Уфа

2020 г.

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

УДК 61(06)

ББК 5я43

Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития.
Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции.
№ 7. г. Уфа. – НН: ИЦРОН, 2020. 32 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 VII Международной научно-практической конференции **«Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития» г. Уфа** 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, 2020г.

© Коллектив авторов

Оглавление

СЕКЦИЯ №1.	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)	6
СЕКЦИЯ №2.	
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)	6
СЕКЦИЯ №3.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	6
СЕКЦИЯ №4.	
БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)	6
СЕКЦИЯ №5.	
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)	6
СЕКЦИЯ №6.	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)	6
СЕКЦИЯ №7.	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	6
СЕКЦИЯ №8.	
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)	6
СЕКЦИЯ №9.	
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	6
СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	6
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	7
СЕКЦИЯ №12.	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	7
СЕКЦИЯ №13.	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	7
СЕКЦИЯ №14.	
КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)	7
СЕКЦИЯ №15.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)	7
СЕКЦИЯ №16.	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)	7
СЕКЦИЯ №17.	
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)	7
СЕКЦИЯ №18.	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)	7
СЕКЦИЯ №19.	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	7
СЕКЦИЯ №20.	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	7
СЕКЦИЯ №21.	
МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)	8
СЕКЦИЯ №22.	
НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)	8

СЕКЦИЯ №23.	
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)	8
СЕКЦИЯ №24.	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11).....	8
СЕКЦИЯ №25.	
НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29).....	8
СЕКЦИЯ №26.	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)	8
ОТЕЧЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ОЖИДАНИИ РЕАЛЬНО НАЗРЕВШИХ	
СИСТЕМНЫХ ПЕРЕМЕН.	
В.А.Алексеев ¹ , К.Н.Борисов ² , И.В.Линькова ³	8
СЕКЦИЯ №27.	
ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)	16
СЕКЦИЯ №28.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)	16
СЕКЦИЯ №29.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)	16
СЕКЦИЯ №30.	
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08).....	16
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО	
МОНИТОРИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ	
ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ	
Третьякевич З. Н., Коваленко Т.С.	16
БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.	
Кузьмина Н.В., Чугунова О.В., Архипова В.Д., Осман С.К.	20
ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИТОМ С СИНДРОМОМ	
БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ.	
Чугунова О.В., Кузьмина Н.В., Волонцевича А.М., Дидык А.В.	22
СЕКЦИЯ №31.	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	24
СЕКЦИЯ №32.	
ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)	24
СЕКЦИЯ №33.	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25).....	24
СЕКЦИЯ №34.	
РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)	25
СЕКЦИЯ №35.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)	25
СЕКЦИЯ №36.	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05).....	25
СЕКЦИЯ №37.	
СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)	25
СЕКЦИЯ №38.	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05).....	25
СЕКЦИЯ №39.	
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04).....	25

СЕКЦИЯ №40.	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)	25
СЕКЦИЯ №41.	
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)	25
СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	25
СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	25
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	25
УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПУТЕМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВВЕДЕНИЯ	
АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В СОСУДИСТОЕ	
РУСЛО ПЕЧЕНИ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.	
И.Е. Коткас, Ш.М. Асадулаев.....	25
СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	28
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	28
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	28
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	28
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	28
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)	28
СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	28
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	29
СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	29
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2020 ГОД	30

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)**

**ОТЕЧЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ОЖИДАНИИ РЕАЛЬНО НАЗРЕВШИХ
СИСТЕМНЫХ ПЕРЕМЕН.**

В.А.Алексеев¹, К.Н.Борисов², И.В.Линькова³.

1,2,3 - ФГБОУ ДПО " Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России). Баррикадная ул. 2/1, Москва, 125993, Россия

Аннотация. Более чем 20-летний опыт реформирования отечественного здравоохранения в системе обязательного медицинского страхования, с нарастающей коммерциализацией медицинской помощи, демонстрирует откровенную несостоятельность, вызывает справедливую критику руководства и стабильное недовольство граждан. Спорадические финансовые вливания государства не оказывают заметного влияния на состояние медицинской помощи. В гражданском и медицинском сообществе зреет мнение о необходимости внесения системной коррекции в отечественную практику организации медицинской помощи.

Цель: Оценка систем здравоохранения, проанализированных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), с позиций и опыта организаторов здравоохранения России, которая была бы наиболее адекватна ожиданиям населения и медицинских работников на перспективу с целью совершенствования оказания медицинской помощи и снижения потерь общественного здоровья.

Метод или методология проведения работы: С целью изучения вопроса использованы методы экспресс-оценки, мета-анализа, контент-анализа, опубликованных фактических данных, включая опыт ВОЗ в области

систем здравоохранения, которые были бы наиболее адекватны ожиданиям населения и медицинских работников на перспективу с целью совершенствования оказания медицинской помощи и снижения потерь общественного здоровья.

Результаты работы: показывают, что спорадические финансовые вливания государства не оказывают заметного влияния на состояние медицинской помощи. В гражданском и медицинском сообществе зреет мнение о необходимости внесения системной коррекции в отечественную практику организации медицинской помощи.

Выводы: Материалы, изложенные в статье, показывают, что необходимо внести системную коррекцию в отечественную практику организации медицинской помощи. Специальными правовыми актами следовало бы узаконить действия по снижению потерь общественного здоровья, прямых и косвенных социально-экономических издержек государства. Рассмотрены и даны конкретные предложения, позволяющие снизить потери общественного здоровья и социально-экономических издержек государства.

Ключевые слова: реформирование отечественного здравоохранения, состояние медицинской помощи, безопасность медицинской помощи, медицинские ошибки, стабильное недовольство граждан, оценка систем здравоохранения

Конфликт интересов:

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Алексеев В. А., Борисов К.Н., Линькова И.В. «Отечественное здравоохранение в ожидании реально назревших системных перемен». http://izron.ru/conference/med/atr_year-2020/atr_month-sentyabr/

Введение. Анализируя отечественные и зарубежные публикации, в которых даётся анализ действующих систем здравоохранения, можно отметить, что всегда в заключение делается вывод, что остаётся ещё много нерешенных проблем. В целом создаётся впечатление, что создать систему здравоохранения, которая могла бы получить безукоризненную положительную оценку просто невозможно.

Скорее всего это абсолютная истина, если исходить из хорошо известного утверждения, что угодить на живого человека практически нельзя. Это особенно ярко проявляется в обществе, проповедующем либерально – демократические принципы свободы мнений и права на их мутации под влиянием постоянно меняющихся условий жизни. И, однако, по-нашему и не только нашему мнению, главным критерием оценки успешности применяемой системы должен быть базовый принцип её организации. В зависимости от того, строится ли она на экономической основе или на принципе удовлетворения складывающихся потребностей населения, степень удовлетворенности граждан и эффективность системы диаметрально разные [1,5,6,7,9,10].

При условии строительства системы здравоохранения на экономической основе отношения медицинских работников и пациентов носят откровенно рыночный характер, когда здоровье превращается в товар и предмет торговли со всеми присущими рынку отношениями, основанными на прибыли [2,3,11,12,13,14]. Складывающиеся отношения приобретают сугубо формальный характер с элементами нарастающего недоверия. В ряде случаев всплывает рыночный подход «не обманешь - не продашь». Медицинская помощь превращается в услуги, деятельность медицинских учреждений начинает оцениваться с позиций рентабельности. Последнее абсолютно не соответствует самому существу медицинской профессии, основанной исключительно на милосердии, с элементами альтруизма, жертвенности и чувством врачебного долга, основанного на профессиональной совести и клятве Гиппократова. Взаимоотношения медицинских работников и пациентов утрачивают самое главное, что лучше всего передаётся понятием

«душевность». Возникает и постоянно нарастает конфликт взаимного доверия и интересов. Примерно так складывается ситуация в современном отечественном российском здравоохранении, усугубляемая проводимой «оптимизацией» с разрушительными действиями в отношении как организации, так и самой инфраструктуры медицинской помощи в стране.

Обзор литературы и исследований.

Вот свежие данные, иллюстрирующие сказанное выше.

В апреле 2019 года фонд "общественное мнение" провел опрос среди 1500 жителей. Были поставлены вопросы: отношение населения к отечественному здравоохранению, оценка доверия к российской медицине¹.

Оказалось, что 53% участников опроса полагают, что дела в российском здравоохранении обстоят плохо, 35% считает ситуацию удовлетворительной, 12% – хорошей.

С увеличением возраста количество респондентов, отмечающих неудовлетворительное состояние отечественной медицины, растет. Размер населенного пункта, а также уровень образования не оказывают значительного влияния на оценку ситуации в здравоохранении.

В январе 2020г. фонд "общественное мнение" провел опрос среди 1500 жителей в 104 населенных пунктах 53 регионов страны. под рубрикой «Глас народа». Был поставлен вопрос: «как обстоят дела в российской медицине». И снова 53% опрошенных считают, что плохо. Среди самых острых проблем были указаны следующие²:

1. Высокие цены на лекарства – 66%;
2. Нехватка специалистов – 59%;
3. Долгое ожидание медицинской помощи- 39%;
4. Плохая организация помощи в лечебных учреждениях – 33%;
5. Рост доли платных услуг в государственных лечебных учреждениях- 29%.

При проведении многочисленных опросов как среди населения, так и среди медицинских работников, высказываемые мнения о низкой доступности квалифицированной медицинской помощи во многом совпадают и общий итог - она заметно ухудшается. (Комаров Ю. М. [1], Голикова Т. А.³, Рощаль Л. М. [2] и др.). [3,27,28,29,30,31]. Если обобщить причины столь нежелательной тенденции в организации медицинской помощи в стране, то в их числе оказываются следующие:

- Необоснованная, с негативными последствиями компания по «оптимизации» здравоохранения;
- Сопутствующая ликвидация и разукрупнение «экономически неэффективных», но безусловно «целесообразных», с позиции потребностей населения, медицинских учреждений;
- Непрерывно нарастающая и усложняемая бюрократизация системы медицинской помощи;
- Формирующееся потребительское отношение медицинского персонала к пациентам как к источнику личного обогащения;
- Стимулируемый рост платных медицинских услуг и понуждаемый врачами спрос на них.

При некоторой внешне относительной привлекательности модели ОМС, используемой в современной России, по своей сути, носящей откровенно рыночный характер, она оказалась не только затратной, но и

¹ <https://zdrav.fom.ru/post/zdravoohranenie-glazami-rossiyan-v-aprele-2019-goda>
"Здравоохранение, как дела?"

² https://aif.ru/tag/glas_naroda 23.01.2020 «Как обстоят дела в российской медицине»

³ Татьяна Голикова: О здравоохранении: виноваты все – и центр, и регионы 25.12.2019 // https://russia.tv/article/show/article_id/74612/

разрушительной для отечественного здравоохранения. Анализ международного опыта использования этой модели в странах избравшим её показывает, что темпы роста расходов на её поддержание опережают темпы прироста ВВП и это долго продолжаться не может [4,15,16,17,18,19,20].

Если в странах, использующих эту модель, руководство, как правило, сдерживает рост платных услуг и коммерциализацию здравоохранения, то в России происходит обратный процесс [8,21,22,23,24,25,26]. Коммерциализация медицинской помощи в стране набирает темпы с каждым днём, а формируемая стоимость медицинских «услуг» поражает размерами, демонстрируя нескрываемую алчность современного медицинского сообщества. Это происходит на фоне заметного снижения качества медицинской помощи, оказываемой (согласно Конституции) бесплатно в государственных лечебных учреждениях.

Куда устремляется отечественная медицинская помощь? Какая система формируется в её недрах на смену явно неуспешной и разрушительной модели ОМС – вопрос, на который вразумительного ответа нет, но который, безусловно, напрашивается.

Невольно возникают воспоминания о том здравоохранении, принципы которого были предложены и вполне успешно реализованы в своё время первым наркомом здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко. Эта модель действовала в Советском Союзе вплоть до 1989 г. и долгие годы позволяла нашей стране обеспечивать доступность и качество медицинской помощи на достаточно приемлемом уровне, соответствующем финансированию. Её отличали рациональная организация, практически полная бесплатность для населения; участковый (территориальный) принцип прикрепления в первичном звене; объединение участковых врачей и врачей-специалистов в поликлиники; разделение оказания медицинской помощи взрослым и детям; этапность на пути размещения пациентов по уровням оказания медицинской помощи в зависимости от сложности требуемой технологии; акцент на профилактику, особое внимание укреплению здоровья детей и работников на производстве, жесткая вертикаль власти в системе управления.

Генеральная Ассамблея ВОЗ в 1973 году признала советскую систему организации здравоохранения лучшей в мире и рекомендовала её для использования в странах. В целом ряде стран эта рекомендация была услышана и реализована.

Советское здравоохранение было прогрессивным и эффективным, демонстрируя, при относительно небольших затратах, впечатляющие успехи в реализации задачи сохранения и укрепления здоровья народа. Считаю особенно важным отметить, что и врачи, и все другие медицинские работники демонстрировали лучшие человеческие и профессиональные качества при достаточно скромном уровне оплаты своего труда. На фоне хронического недофинансирования здравоохранение страны постоянно развивалось. Поддерживалась высокая кадровая обеспеченность, постоянно совершенствовалась инфраструктура и материально-техническое обеспечение медицинской помощи. Доступная первичная медицинская помощь реально, а не декларативно, обеспечивалась на всей территории необъятной страны, когда в каждом населенном пункте обязательно имелся медицинский работник. Каждое крупное предприятие, каждый колхоз и совхоз непременно создавали собственное медицинское подразделение, медицинский пункт, медсанчасть и нередко собственное санаторно-курортное учреждение. Доступность бесплатной лечебно-диагностической и профилактической помощи в стране, гарантированная Конституцией, реально и повсеместно ощущалась гражданами страны.

Казалось бы, чего можно желать лучшего? Однако всё это рухнуло в одночасье вместе с супердержавой. На протяжении ряда последующих лет продолжался и продолжается процесс разрушения системы здравоохранения под флагом непрерывно провозглашавших реформ с установлением практики обязательного медицинского страхования.

Сегодня, когда, наконец, стала очевидной бесперспективность этого пути, доказавшего высокую затратность и качественную неэффективность, делаются малоуспешные попытки исправить ситуацию путём дополнительных финансовых вложений. Ведутся многочисленные дискуссии, итогом которых нередко является вывод, что для исправления ситуации необходимы решительные действия по пересмотру действующей модели организации здравоохранения в стране. К сожалению, к такого рода выводам не прислушиваются те, от кого зависит решение вопроса.

Результаты исследования.

Нами выяснено мнение действующих организаторов здравоохранения в этом отношении, используя общепринятую методику социологического опроса с помощью анкеты с выбором ответа. Полагаем, что на фоне общеизвестных недостатков методики, полученные результаты могут выявить складывающуюся тенденцию в формировании ожиданий медицинского сообщества.

Для проведения опроса использована группа руководителей медицинских учреждений, их заместителей и руководителей подразделений этих учреждений в количестве 105 человек, специально отобранная из общего числа участников сертификационных курсов усовершенствования по циклу «Организации здравоохранения и общественное здоровье» (ОЗ и ОЗ), проходивших в течение 2019-2020 г.

В составе группы участников опроса было 45 руководителей медицинских организаций и их заместителей (42,9%) и 60 врачей методистов и заведующих структурными подразделениями (57,1%). Среди руководителей медицинских организаций было 20 докторов мед наук, кандидатов мед наук и 1 член корреспондент (46,6%). (Таблица 1).

Таблица 1

**Состав группы участников опроса.
Table 1 The composition of the group of survey participants.**

Курсанты цикла по ОЗ и ОЗ 2019 г.	ДМН, КМН	Член корр.	всего	Доля (%)
Руководители ЛПУ и заместители.	20	1	45	42,9
Остальные курсанты: врачи методисты, заведующие структурными подразделениями.			60	57,1
Всего	20	1	105	100

Источник: Анкетирование на сертификационных курсах по ОЗ и ОЗ в течение 2019-2020г. группы руководителей медицинских организаций учреждений, их заместителей и руководителей подразделений.

Вопросы анкеты были сформулированы следующим образом:

Какая из перечисленных ниже систем здравоохранения по Вашему мнению, и опыту общения с пациентами была бы наиболее адекватна ожиданиям населения и медицинских работников в России на перспективу:

1. Действующая рыночная модель ОМС с повсеместным введением платных услуг взамен «бесплатной» гарантированной Конституцией РФ (ст. 41);
2. Чисто бюджетная, государственная (Система Семашко);

3. Государственно-бюджетная с договорными отношениями, ориентированная на потребности сохранения здоровья нации, с полным запретом платных услуг в государственных и муниципальных медицинских организациях;

4. Система коммерческой медицины.

В результате проведенного опроса становится очевидным практически полное неприятие действующей в России системы организации здравоохранения и системы коммерческой медицины и явное предпочтение государственно-бюджетной модели, за которую высказались 90,47% опрошенных руководителей медицинских организаций, их заместителей, врачей методистов и заведующих структурными подразделениями.

В результате исследования, проведенного на кафедре "Организации здравоохранения и общественное здоровье", ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России (ФГБОУ ДПО РМАНПО), в отношении системы здравоохранения адекватной ожиданиям населения и медицинских работников в России на перспективу была выбрана государственно-бюджетная система здравоохранения с договорными отношениями, ориентированная на потребности сохранения здоровья нации, с полным запретом платных услуг в государственных и муниципальных медицинских организациях (61,9 %). За чисто бюджетную, государственную систему здравоохранения (Система Семашко) высказались 28,57% опрошенных руководителей медицинских организаций, их заместителей, врачей методистов и заведующих структурными подразделениями. (Таблица2).

Таблица 2

Какая из перечисленных ниже систем здравоохранения, по Вашему мнению, и опыту общения с пациентами, была бы наиболее адекватна ожиданиям населения и медицинских работников в России на перспективу.

Table 2 Which of the following health systems, in your opinion, and experience with patients, would be the most adequate to the expectations of the population and medical professionals in Russia for the future.

Системы здравоохранения	Руководители ЛПУ и заместители.	Доля (%)	Остальные курсанты: врачи методисты, заведующие структурными подразделениями и др.	Доля (%)	Итого	Доля (%)
1 Вариант			5	8,33	5	4,76
2 Вариант	15	33,33	15	25,00	30	28,57
3 Вариант	30	66,67	35	58,33	65	61,90
4 Вариант			5	8,33	5	4,76
Итого	45	100	60	100	105	100

Источник: Анкетирование на сертификационных курсах по ОЗ и ОЗ в течение 2019-2020г. группы руководителей медицинских организаций учреждений, их заместителей и руководителей подразделений.

Опрошенные организаторы здравоохранения считают, что многолетний опыт реформирования отечественного здравоохранения в системе обязательного медицинского страхования, с нарастающей коммерциализацией медицинской помощи, демонстрирует откровенную несостоятельность, вызывает справедливую критику руководства и стабильное недовольство граждан.

Очень хотелось бы, чтобы такие мысли, наконец, посетили и тех, от кого зависит судьба отечественного здравоохранения и здоровье нации.

ВЫВОДЫ:

Что можно было бы предпринять в ближайшей перспективе, чтобы остановить скольжение отечественного здравоохранения к полному поражению.

Специальными правовыми актами следовало бы узаконить следующие действия:

- Признать сферу здравоохранения первейшей по приоритетности функцией государства. Вывести систему здравоохранения из сферы рыночных отношений, обеспечив ей преимущественную государственную поддержку и высокую конкурентоспособность;
- Признать медицинских работников с высшим образованием государственными служащими со всеми вытекающими из этого статуса условиями и правами. (Твердый оклад с системой аттестации по стажу и качеству работы с соответствующей премиальной сеткой. Соответствующее государственное пенсионное обеспечение);
- Поставить под жесткий государственный контроль деятельность медицинских коммерческих организаций, а в дальнейшем - исключить саму возможность их широкого распространения на территории Российской Федерации;
- Запретить всякую коммерческую деятельность и платные услуги в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях, обеспечив их достойное государственное финансирование за счет развития других секторов экономики;
- Ввести единую отраслевую систему оплаты труда медицинских работников для всех регионов Российской Федерации вне зависимости от форм собственности медицинских организаций. Это значительно сократит перемещение медицинских кадров из государственного сектора в частный;
- Законодательно закрепить порядок, при котором размер заработной платы руководителей государственных (муниципальных) медицинских учреждений и работников аппарата управления здравоохранением не должен быть значительно выше (в несколько раз) оклада высоко квалифицированного, искусного практического врача.

Предлагаемый перечень мер является далеко не полным, но он содержит то, что необходимо в первую очередь, чтобы восстановить доброе имя и народное признание отечественному здравоохранению и вернуть пациенту врача, которого он может утратить по дороге к развитому капиталистическому обществу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Комаров Ю. М.* Пора камни собирать. ГЭОТАР-Медиа. 2015, 350 с.
2. *Рошаль Л.М.* О проблемах современного здравоохранения// онлайн-конференция с медицинскими работниками страны. Январь 2020// <https://www.med2.ru/story.php?id=48674>
3. *Лукьянцева Д.В., Сухоруких О.А., Омеляновский В.В.* Обзор мирового опыта разработки показателей оценки качества медицинской помощи для амбулаторного этапа ее оказания // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2018. № 11(1) С. 45-49. DOI: <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2018.11.1.045-049>
4. Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов. Пятьдесят пятая сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения WHA55.18. 18.05.2002. URL: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/rwha5518.pdf.
5. *Задворная О.Л., Восканян Ю.Э., Шикина И.Б., Борисов К.Н.* Социально-экономические аспекты последствий медицинских ошибок в медицинских организациях МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2019, том 10, №1 DOI: 10.18184/2079-4665.2019.10.1.99-113
6. *Wachter R., Gupta K.* Understanding patient safety, 3 rd ed. // McGraw-Hill Companies, Inc. – 2012. 528 pp. URL: https://www.logobook.ru/prod_schow.Php.object_uid=14136338 (дата обращения: 10.03.2019).

7. *La Pietra L., Calligaris L., Molendini L. et al.* Medical errors and clinical risk management: state of art // *Acta Otorhinolaryngol. Ital.* 2005; 25(6): 339–346. URL: <https://www.actaitalica.it/issues/2005/6-05/lapietra.pdf> (дата обращения: 10.03.2019).
8. *O'Hagan J., MacKinnon N.J., Persaud D., Etchegary H.* Self-Reported Medical Errors in Seven Countries: Implications for Canada // *Healthcare Quarterly*. 2009. August (12): 55-61. DOI: <http://doi.org/10.12927/hcq.2009.20967>
9. *Задворная О.Л., Борисов К.Н., Еришов А.А.* Модифицируемые факторы риска здоровья руководителей медицинских организаций. *МИР (Модернизация. Инновации. Развитие)*. 2017; 8.2 (30):322-329.
10. EUNetPaS - European Union Network for Patient Safety. URL: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/ev_20090924_co02_en.pdf (дата обращения: 10.03.2019).
11. Положение о медицинском страховании иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации (утв. постановлением Правительства РФ 11 декабря 1998 г. N 1488)
12. *Борисов К.Н., Корнеев М.Е.* Организация здравоохранения на Тайване МЦИИ «ОМЕГА САЙНС», 2018 Материалы Международной научно-практической конференции «Традиционная и инновационная наука: история, современное состояние, перспективы», 17.08. 2018. г. Уфа. Ч2., С 174-176
13. WHO/World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/> [accessed Mar 13 2019].
14. WHO. WHO guidelines on quality risk management. In: WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Forty-seventh report. Geneva, World Health Organization; 2013: Annex 2 (WHO Technical Report Series, No. 981).[accessed Mar 13 2019].
15. ICH. Q9: Quality risk management. International Council on Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use; 2005.[accessed Mar 13 2019].
16. AHRQ Partnership for Patients Web page for methods. URL:<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/pfp/index.html>[accessed Mar 13 2019].
17. *Davis P., Lay-Yee R., Briant R. et al.* Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact // *NZMJ*. 2002 December 13; 115 (1167): U271. URL:https://www.researchgate.net/publication/10930999_Adverse_Events_in_New_Zealand_Public_Hospitals_I [accessed Mar 13 2019].
18. National Institute For Health And Care Excellence. Indicators Process Guide. 2014. URL: <https://www.nice.org.uk/media/default/Get-involved/Meetings-In-Public/indicator-advisory-committee/iocprocess-guide.pdf> [accessed Mar 13 2019].
19. *Lawton R., Carruthers S., Gardner P. et al.* Identifying the latent failures underpinning medication administration errors: an exploratory study // *Health Services Research*. 2012 August; 47 (4): 1437-1459. DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01390.x>
20. *Munn Z., Scarborough A., Pearce S. et al.* The implementation of best practice in medication administration across a health network: a multisite evidence-based audit and feedback project // *JBHI Database System Rev Implement Rep*. 2015;13(8):338-352. DOI: <http://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2315>.
21. Office of the Inspector General. Adverse Events in Hospitals: Methods for Identifying Events. Washington, DC: Department of Health and Human Services (2010). Available at: URL: <http://www.oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-08-00221.pdf>[accessed Mar 13 2019].
22. WHO. Regional Office for Africa. Algeria. Factsheets of Health Statistics. 2016.
23. *Вялков А.И.* Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. - 528 с.
24. *Герасименко Н.Ф., Максимов Б.П.* Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Комментарии, основные понятия, подзаконные акты. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. - 512 с.
25. *Медик В.А., Лисицин В.И., Прохорова А.В.* Практикум по общественному здоровью и здравоохранению. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
26. *Пузин С.Н., Лаврова Д.И.* Медико-социальная экспертиза: пособие для студентов медицинских вузов. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 408 с.
27. *Решетников А.В.* Управление, экономика и социология обязательного медицинского страхования: руководство: в 3-х т. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. - Т. 3. - 696 с.
28. *Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И.* Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007 - 264 с.
29. *Щепин О.П., Коротких Р.В., Щепин В.О.,* Здоровье населения - основа развития здравоохранения. - М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009.-376 с.
30. Kullman D. PHIS Pharma Profile United Kingdom [Электронный ресурс] / WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, 2010. — Режим доступа:<http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationReports/PHIS%20Pharma%20Profile%20UK%20Feb2011.pdf>.
31. Most Efficient Health Care: Countries [Электронный ресурс] / Bloomberg Visual Data 2013. — Режим доступа: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>.

32. Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. 2012 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2012/nov/1645_squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf

Алексеев В. А., ДМН, профессор, заслуженный преподаватель высшей школы России, кафедра "Организации здравоохранения и общественного здоровья" ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России 125993, Россия. Москва, улица Баррикадная д. 2/1 стр.1

Борисов К.Н. КМН, Доцент кафедры "Организации здравоохранения и общественное здоровье", ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России (ФГБОУ ДПО РМАНПО) 125993, Россия. Москва, улица Баррикадная д. 2/1 стр.1

Researcher ID: F-3892-2019 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5805-9185>

<https://orcid.org/0000-0001-5805-9185> E- mail: bknpbknp@mail.ru

125364, г. Москва, ул. Свободы, д. 61, кв. 80, тел. +7 (963) 7853207

Линькова И.В. КМН, Доцент кафедры "Организации здравоохранения и общественного здоровья" ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России

125993, Россия. Москва, улица Баррикадная д. 2/1 стр.1

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)

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Третьякевич З. Н., Коваленко Т.С.

ФГБОУ ВПО «Псковский государственный университет», г. Псков

ООО Медицинский центр «ЮгМедТест», г. Новороссийск

Воспалительные заболевания бронхолегочного аппарата, в том числе острый обструктивный бронхит (ООБ), сопровождаются развитием гипоксии [6]. Установлено, что при обструктивных заболеваниях дыхательных путей существует высокий риск включения в патологический процесс сердечнососудистой системы (ССС) [2].

Основным фактором, вызывающим нарушения со стороны ССС при бронхообструктивном синдроме, является гипоксия. Существует прямая связь между продолжительностью и глубиной гипоксии/гипоксемии и уменьшением количества энергетических ресурсов кардиомиоцитов. Эти изменения обуславливают развитие неспособности клеток миокарда поддерживать необходимый обмен веществ и энергии для жизнедеятельности. При продолжительной гипоксии митохондриальная дисфункция может быть патогенетической основой развития кардиомиопатии [1]. Гипоксическое повреждение клеток проводящей системы сердца может служить причиной нарушений сердечного ритма. Кроме того, сочетанная гипоксия приводит к комбинированию разных видов аритмий [1].

Интерес к изучению постгипоксической ишемии миокарда у детей при остром обструктивном бронхите обусловлен тем, что ранняя диагностика и своевременное лечение способны предупредить отдаленные неблагоприятные последствия развившихся нарушений.

Одним из наиболее объективных и информативных электрофизиологических методов оценки состояния сердечнососудистой системы в современной медицине является Холтеровское мониторирование (ХМ). Данное исследование представляет собой непрерывную регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ) в течение 24 часов и более. Продолжительность наблюдения при ХМ почти в 1500 раз больше, чем при регистрации фрагментарной ЭКГ, в связи с чем возможность выявления патологических изменений увеличивается в 4000 раз. В педиатрической практике применение данного метода особенно важно, учитывая его малоинвазивность [3, 7]. Методика ХМ ЭКГ позволяет оценить деятельность сердца ребенка в условиях обычной активности (реакция сердца на физическую и эмоциональную нагрузку, состояние сердца во время сна, ритм и проводимость сердца в течение суток, наличие эпизодов ишемии миокарда, дает возможность уточнить причину потери сознания и т.п.). Методика высоко информативна и абсолютно безопасна для детей [5, 7].

Поэтому **целью нашей работы** было изучение особенностей состояния сердечнососудистой системы у детей раннего возраста, переносивших острый обструктивный бронхит, по результатам Холтеровского мониторирования.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 30 детей в возрасте от 1 до 3 лет (17 мальчиков – 56,7%, 13 девочек – 43,3%), которые переносили острый обструктивный бронхит и находились на стационарном лечении в детских больницах (основная группа). Контрольную группу составляли 11 практически здоровых детей того же возраста (6 мальчиков – 54,5%, 5 девочек – 45,5%). Дети основной та контрольной групп по полу и возрасту были сопоставимы.

Для исследования были отобраны дети, которые переносили ООБ впервые или во второй раз и не имели в анамнезе других заболеваний респираторной системы. У детей основной группы при выписке из стационара оценивалось состояние ССС по результатам ХМ. Дети контрольной группы были обследованы в период, межэпидемический по гриппу и ОРВИ.

Холтеровское мониторирование проводилось на аппаратно-программном комплексе "Кардиотехника 04-8М" (ЗАТ "ИНКАРТ", Санкт-Петербург), ЭКГ 3 каналами с системой отведений – V4M, Y, V6M, а также канал реопневмограммы в одном отведении. Продолжительность записи составляла 23 часа 55 минут ± 2 часа 41 минута. Расшифровка осуществлялась автоматически с помощью компьютерного анализа, под визуальным контролем. Во время проведения ХМ мать каждого ребенка вела дневник наблюдения, где фиксировалось время сна, кормления, туалета, выраженного беспокойства, медицинских манипуляций (инъекции, ингаляции, санация носовой полости и др.), а также осмотр врачом. Проводилось 4-кратное измерение температуры тела ребенка. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного обеспечения KT Result 2 и Statistica-6 [4].

Результаты исследования и их обсуждение

У всех детей, больных острым обструктивным бронхитом, и здоровых детей в течение времени наблюдения регистрировался синусовый ритм. Частота сердечных сокращений (ЧСС) на протяжении суток у 25 (83,3%) детей основной группы имела тенденцию к тахикардии в дневное время. Так ЧСС в течение суток колебалось в пределах 63-208 уд/мин в днем, и 55-155 уд/мин у ночные часы. По средним данным, ЧСС достигала $127,93 \pm 1,59$ уд/мин в дневное время, и составляла $95,83 \pm 2,1$ уд/мин ночью. На протяжении

суток у большинства детей отмечалась субмаксимальная ЧСС, составлявшая $58 \pm 2,1\%$ от максимально возможной для детей данного возраста. У 5 (17,2%) детей основной группы в течение суток отмечена склонность к брадикардии, ЧСС у этих детей составляла $105,2 \pm 1,53$ уд/мин в период бодрствования и $72 \pm 0,77$ уд/мин во время сна. У детей контрольной группы ЧСС по средним данным составляла $122,73 \pm 1,33$ уд/мин в дневное время и $92,22 \pm 1,34$ уд/мин ночью, что соответствовало возрастной норме.

На фоне синусовой аритмии у 28 (96,6%) детей основной группы выявлены гемодинамические паузы, которые были обусловлены дыхательной аритмией, а у 27 (93,3%) детей зафиксированы кратковременные паузы сердечного ритма до 1218 мс, которые обусловлены эпизодами синоатриальной блокады 2 степени. У 7 (24,1%) детей с острым обструктивным бронхитом была зарегистрирована АВ-блокада I степени в течение минуты. У здоровых детей нарушения проводимости во время наблюдения не выявлены.

У 12 (41,4%) детей основной группы в течение суток было зафиксировано от 1 до 4 желудочковых экстрасистол, а у 26 (89,7%) детей – 1-7 единичных суправентрикулярных экстрасистол (допустимое количество для данного возраста) с предэктопическим интервалом от 311 до 471 мс.

RR-интервал у детей основной группы по средним данным достигал $696,2 \pm 10,33$ мс, а у детей контрольной группы $627,73 \pm 8,93$ мс, то есть разница между показателями была достоверной (табл. 1). Такую разницу в показателях можно объяснить брадикардией, выявленной у 5 детей основной группы после перенесенного острого обструктивного бронхита.

Таблица 1. Результаты анализа показателей Холтеровского мониторирования ССС у здоровых и больных детей

Показатель	Основная группа (n=29)	Контрольная группа (n=12)	p*
ЧСС средняя (днем), уд/мин	$127,93 \pm 1,59$	$122,73 \pm 1,33$	$<0,05$
ЧСС макс. (днем), уд/мин	$167,1 \pm 3,47$	$143,64 \pm 1,62$	$<0,001$
ЧСС миним. (днем), уд/мин	$95,93 \pm 2,38$	$91,45 \pm 1,81$	$>0,05$
ЧСС средняя (ночью), уд/мин	$95,83 \pm 2,1$	$92,22 \pm 1,34$	$>0,05$
ЧСС макс. (ночью), уд/мин	$126,86 \pm 4,57$	$117,01 \pm 1,43$	$<0,05$
ЧСС миним. (ночью), уд/мин	$79,45 \pm 2,47$	$80,64 \pm 1,99$	$>0,05$
Циркадный индекс	$1,29 \pm 1,59$	$1,31 \pm 0,01$	$>0,05$
АВ-блокада I степени	7 (24,1%)	0	$<0,001$
RR среднее, мс	$696,2 \pm 10,33$	$627,73 \pm 8,93$	$<0,001$
PQ среднее (при бодрств.), мс	$117,21 \pm 1,87$	$131,46 \pm 1,24$	$<0,001$
PQ среднее (во сне), мс	$131,79 \pm 2,15$	$138,55 \pm 0,95$	$<0,01$
PQ максим. за сут, мс	$151,83 \pm 1,69$	$143,64 \pm 0,76$	$<0,001$
QT среднее (при бодрств.), мс	$326,1 \pm 4,2$	$274,64 \pm 3,3$	$<0,001$
QT среднее (во сне), мс	$363,97 \pm 5,21$	$279,64 \pm 4,18$	$<0,001$
Длительность интервала QT >430 мс, мин./сут.	$562,25 \pm 55,89$	0	$<0,001$
Нарушения дыхания	6 (20,7%)	0	$<0,001$

Уменьшение вариабельности сердечного ритма	17 (58,6%)	0	<0,001
---	------------	---	--------

*p – достоверность различия между показателями обеих групп.

У детей, больных ООБ, интервал PQ в период бодрствования составлял $117,21 \pm 1,87$ мс, во время сна – $131,79 \pm 2,15$ мс, а у здоровых детей – $131,46 \pm 1,24$ мс и $138,55 \pm 0,95$ мс, соответственно. Уменьшение интервала PQ в дневное время у детей основной группы свидетельствует о преждевременном возбуждении желудочков и является последствием тахикардии. Максимальное значение PQ-интервала у детей, больных ООБ, составляло $151,83 \pm 1,69$ мс, против $143,64 \pm 0,76$ мс у здоровых детей.

По средним данным QT-интервал у детей основной группы достигал $326,12 \pm 4,2$ мс в дневное время, и $363,97 \pm 5,21$ мс ночью. В течение суток у 28 (93,3%) детей с острым обструктивным бронхитом отмечалась дальнейшая регистрация QT-интервала более 430 мс в течение $562,25 \pm 55,89$ минут (39,01% времени наблюдения), что вероятно свидетельствует о нарушении процессов реполяризации желудочков на фоне гипоксии. Кроме того, увеличение интервала QT является фактором риска развития желудочковых тахикардий и синдрома внезапной смерти. У детей контрольной группы QT-интервал не превышал 430 мс и по средним данным составлял $274,64 \pm 3,3$ мс во время бодрствования и $279,64 \pm 4,18$ мс во сне.

Диагностически значимой динамики сегмента ST-T не было выявлено ни у детей, больных ООБ, ни у здоровых детей.

У 5 (17,2%) детей, больных ООБ, зафиксировано снижение циркадного индекса (отношение средней дневной к средней ночной ЧСС). Это является признаком снижения вагосимпатической регуляции. У здоровых детей циркадный индекс находился в пределах возрастной нормы (1,24-1,44) и по средним данным составлял $1,31 \pm 0,01$.

У 17 (58,6%) детей основной группы отмечалось снижение вариабельности сердечного ритма, что свидетельствует о нарушении вегетативного контроля сердечной деятельности. У детей контрольной группы вариабельность сердечного ритма была сохранена.

Кроме того, у 6 (20,7%) детей с острым обструктивным бронхитом были зафиксированы нарушения дыхания в виде апноэ в ночное время. У здоровых детей, которые находились под наблюдением, нарушений дыхания не отмечалось.

Таким образом, у детей раннего возраста после перенесенного ООБ выявлены признаки нарушения функционирования миокарда: склонность к тахи- или брадиаритмии, укорочение интервала PQ в дневное время, увеличение скорректированного QT-интервала, снижение циркадного индекса, уменьшение вариабельности сердечного ритма. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки программы реабилитации ССС для данной категории детей.

Выводы

1. При Холтеровском мониторинге у детей раннего возраста во время заболевания острым обструктивным бронхитом в 83,3% случаях выявлена склонность к тахикардии.
2. Продолжительность интервала QT у 28 (93,3%) детей основной группы после выздоровления указывает на нарушения процессов реполяризации в миокарде.
3. Снижение циркадного индекса и вариабельности сердечного ритма после перенесенного острого обструктивного бронхита у 17 (58,6%) детей может свидетельствовать о нарушениях вегетативного контроля сердечной деятельности.

4. Дети раннего возраста, которые перенесли острый обструктивный бронхит, нуждаются в назначении реабилитационной терапии с целью уменьшения частоты возможных осложнений со стороны сердечнососудистой системы в будущем.

Литература

1. Дука Е.Д. Ранняя диагностика и коррекция метаболических нарушений миокарда в условиях его гипоксии при рецидивирующих и хронических заболеваниях органов дыхания у детей / Е.Д. Дука, С.Г. Иванусь // Здоровье ребенка. – 2007. – №2 (5). – С. 149-154.
2. Иголкина О.Д. Характеристика изменений сердечнососудистой системы у детей с патологией органов дыхания в период ремиссии / О.Д. Иголкина, С.О. Бабко // Семейна медицина. – 2008. – №2. – С. 3-5.
3. Конопко Н.Н. Клиническое значение мониторингирования ЭКГ по Холтеру в практике педиатра, детского кардиолога и семейного врача / Конопко Н.Н., Нагорная Н.В., Пшеничная Е.В., Четверик Н.А. // Здоровье ребенка. – 2008. – №1 (10). – С. 42-45
4. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К.: МОРИОН, 2000. – 320 с.
5. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование /Л.М. Макаров. – М.: Медпрактика, 2000. – 216 с.
6. Профилактика развития нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы при острой бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста / Н.А. Коровина, Е.М. Овсянникова, Н.В. Короид, Н.С. Глухарева // Лечащий врач. – 2010. – №8. – С. 62-64.
7. Суточное мониторирование электрокардиограммы с записью реопневмограммы у новорожденных / Н.Н. Кораблева, А.В. Кораблев, Н.П. Колтукова // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, №1. – С. 132-136.

БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.

Кузьмина Н.В., Чугунова О.В., Архипова В.Д., Осман С.К.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Среди болезней детского возраста заболевания органов дыхания занимают одно из первых мест и в последнее десятилетие неуклонно возрастает количество детей, у которых заболевания трахеобронхиального дерева протекают с бронхообструктивным синдромом (БОС) (1). Данный синдром наиболее часто развивается при вирусной инфекции (острый бронхит). Дети, часто болеющие острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ), составляют группу риска развития бронхитов, рецидивирующих бронхитов, включая обструктивные формы (2). Непосредственное влияние на развитие БОС оказывают факторы преморбидного фона, факторы окружающей среды (3).

Цель: выявить клинические особенности бронхообструктивного синдрома у детей раннего и дошкольного возраста в современных условиях, оценить влияние отягощенного анамнеза, факторов преморбидного фона, осложнений на течение и тяжесть бронхиальной обструкции у детей.

Материалы и методы: изучена и проанализирована медицинская документация 50 детей в возрасте от 2 месяцев до 7 лет находившихся на лечение на инфекционно-пульмонологического отделении ДГБ Святой Ольги г. Санкт-Петербурга за период январь-декабрь 2019 года.

Результаты: в исследуемой группе бронхит с БОС был выявлен в 98 % случаев (n=49), у 1 ребенка-простой бронхит. В основном, в группу изучения входили мальчики - 72% (n=36), девочек было - 28% (n=14).

По возрасту, дети распределялись следующим образом: до 3 лет - 64% (n=32), в возрасте старше 3 лет - в 34% случаев (n=17).

Особенности анамнеза исследуемых детей (n=49) представлены в таблице 1.

Особенности анамнеза исследуемых детей (n=49)

Табл.1

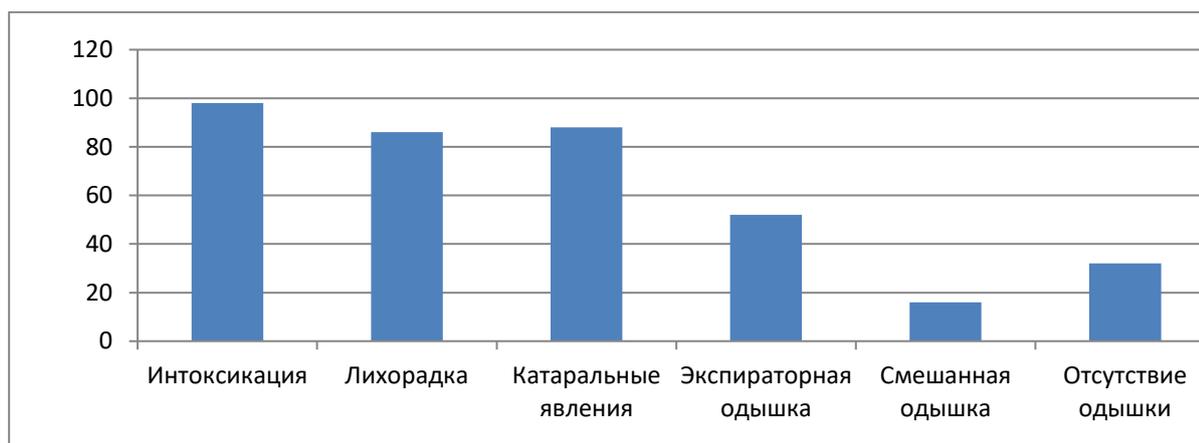
Особенности анамнеза	%
недоношенность	10
раннее искусственное вскармливание и/или искусственное вскармливание с рождения	22
рахит	4
анемия	6
отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям	36
атопический дерматит	2
аллергический ринит	10

Обращает на себя внимание прежде всего то, что практически около половины детей дошкольного возраста (48%) с диагнозом бронхит с БОС имели или отягощенную наследственность по аллергическим заболеваниям в семье (36%) или собственные аллергические заболевания (12%).

Клиническая характеристика детей с бронхитом с БОС представлена на диаграмме 1.

Клиническая характеристика детей (n=49) -100%.

Диаграмма 1.



У большей части детей при госпитализации отмечалась интоксикация, лихорадка и катаральные явления. Со стороны дыхательной системы в 52% имела место экспираторная одышка, перкуторно - коробочный оттенок легочного звука у 100% детей. Аускультативно выслушивались свистящие хрипы - 48% и сухие жужжащие, гудящие, редкие влажные хрипы - 52%. У 32% (n=16) детей одышка отсутствовала. Дети данной группы, на догоспитальном этапе получили бронхолитики и ингаляционные глюкокортикостероиды через компрессорные ингаляторы.

Для оценки дыхательной недостаточности (ДН) проводилась пульсоксиметрия: у 76% детей насыщение крови кислородом - Sat O₂- 95-99%, у 24%- ниже 95% - и клинически в этой группе детей отмечались более выраженные признаки ДН (экспираторная одышка, втяжение межреберных промежутков, цианоз).

Осложнения ОРВИ в виде аденоидита, встречались в 86% случаев.

Из 49 детей с бронхитом с БОС была выделена группа детей с повторными обструктивными бронхитами в анамнезе, которые требовали дополнительного обследования и уточнения причины повторных БОС. Дети данной группы (12%) с учетом данных анамнеза (повторные бронхиты с БОС, отягощенная

наследственность по аллергическим заболеваниям и собственные аллергические заболевания) имеют риск развития бронхиальной астмы.

Продолжительность БОС была различна и составляла в среднем у детей с отягощенным анамнезом (недоношенность, раннее искусственное вскармливание), наличием факторов преморбидного фона (рахит, анемия), а также аллергических заболеваний - 4,3 сут; при отсутствии этих факторов, при сопоставимой терапии – 2,2 дня.

Выводы. БОС встречается преимущественно у детей первых трех лет жизни и является проявлением острого бронхита. Клинические симптомы БОС были представлены экспираторной одышкой, втяжением межреберных промежутков, малопродуктивным кашлем (52%), у 12 детей (24%) отмечалось снижение сатурации ниже 95%. Факторы преморбидного фона, отягощенный ранний анамнез, осложнения ОРВИ, аллергические заболевания усугубляли клинику и способствовали более длительному течению БОС. Выделена группа детей, имеющая риск развития бронхиальной астмы (12%).

Список литературы:

1. Бронхообструктивный синдром у детей с инфекциями респираторного тракта / О.Н. Германова, М.В. Голубева, Л.Ю. Барычева // Медицинский вестник Северного Кавказа — 2010. — №4. — С. 42-48.
2. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 768 с.
3. Синдром бронхиальной обструкции у детей / С.В. Зайцева, О.А. Муртазаева //Трудный пациент — 2012. — № 2-3. — С. 34-39.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИТОМ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ.

Чугунова О.В., Кузьмина Н.В., Волонцевича А.М., Дидык А.В.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

По данным Росстата за 2018г заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет по основным классам болезней составляет 45210,9 тыс.человек, из них болезни органов дыхания составляют 30305,9 тыс.человек (67%). Наиболее угрожаемые по заболеванию органов дыхания дети младшего возраста (3). В этой возрастной группе часто встречается бронхит с синдромом бронхиальной обструкции (СБО) (2)

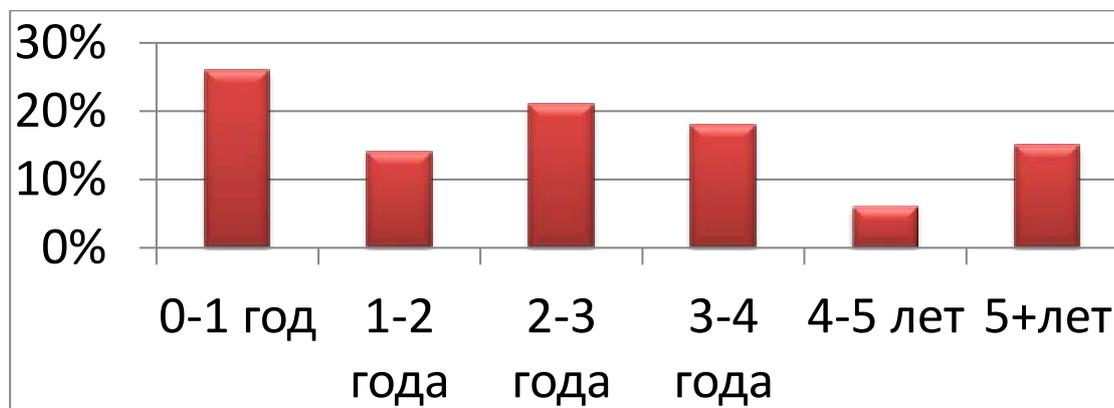
Ингаляционная терапия (ИТ) является важнейшей составляющей в комплексном лечении больных с патологией органов дыхания (1). Применение небулайзерной терапии с помощью ультразвуковых, компрессорных ингаляторов явилось эффективным методом лечения бронхита с СБО. Компрессорные небулайзеры позволяют использовать те препараты, которые необходимы в лечении бронхита с СБО: бронхолитики, противовоспалительные препараты (глюкокортикостероиды).

Цель: проанализировать применение у детей с бронхитом с СБО лекарственных препаратов, используемых с помощью ингаляционной терапии на догоспитальном этапе и в условиях стационара

Материалы и методы: изучены и проанализированы истории болезни 51 пациента в возрасте от 3 месяцев до 5 лет госпитализированных в инфекционно - пульмонологическое отделения ДГБ Святой Ольги Санкт-Петербурга в период с января по декабрь 2019 года. Оценено влияние проводимого лечения с использованием небулайзерной терапии на течение бронхита с СБО на догоспитальном этапе и на этапе стационара.

Полученные результаты: в изучаемой группе преобладали мальчики (57%), (девочки - 43%) и дети до 3 лет – 60% (старше 3 лет – 40%).

Диаграмма 1. Процентное распределение пациентов по возрастам



При госпитализации в стационар состоянии средней степени тяжести было отмечено у 98% детей, тяжелой степени тяжести - 2%, легкой степени - 0%.

Дыхательная недостаточность (ДН) 0 ст. имела место у 41% (n=21) детей, ДН 1 ст. - 51% (n=26), ДН 2 ст. - 8% (n=4).

ИТ начиналась на догоспитальном этапе в виде моно- или комбинированной терапии. Монотерапия проводилась в 12% случаев с применением или препарата «Беродуал» (8% случаев) или с применением противовоспалительного ИГКС будесонида в форме суспензии «Пульмикорт» (6%). В 25% случаев ИТ была комбинированная - проводилась с использованием двух препаратов: «Беродуал» и «Пульмикорт»; комплексная терапия в виде ИГКС будесонида и внутримышечного введения дексаметазона - в 24% случаев. Без предшествующей ингаляционной терапии было госпитализировано 1/3 детей.

На догоспитальном этапе в 4% случаев ИТ не применялась, но использовалась монотерапия дексаметазоном в/м.

Диаграмма 2. Ингаляционная терапия на догоспитальном этапе.



Ингаляционная терапия в стационаре. ИТ в условиях стационара проводилась в 100% случаев и только на компрессорных ингаляторах. Монотерапия бронхолитиками проводилась в 12% случаев с применением следующих препаратов: «Вентолин» (6%) , «Беродуал» - 4% , «Атровент» - 2%. Кратность монотерапии бронхолитиками в стационаре была от 2 до 4 раз в сутки в зависимости от выраженности БОС (2 р/сутки в 11% ; 3 р/сутки в 22%, 4 р/сутки в 67% случаев). Монотерапия бронхолитиками применялась только у пациентов с отсутствием ДН или с ДН 1ст.

Комбинированная ИТ в стационаре была назначена 88% детей. Сочетание препаратов «Беродуала» с «Пульмикортом» получали 69% детей, сочетание препаратов «Вентолина» с «Пульмикортом» — 19% детей.

Диаграмма 3. Ингаляционная терапия в стационаре.



Выводы. На догоспитальном этапе в настоящее время в лечение бронхита с СБО сохраняется широкое применение парентеральных глюкокортикостероидов (монотерапия 4 %, комплексная терапия с ИГКС - 24 %) , но преимущество отдается ингаляционной терапии либо в виде монотерапии, либо в комбинированной. В стационаре все дети получали ингаляционную терапию, преимущественно в комбинированном варианте - в 88% случаев. Таким образом, ингаляционная терапия является основным методом лечения бронхита с СБО, позволяющим быстро и эффективно купировать бронхиальную обструкцию.

Список литературы:

- 1.Практика современной ингаляционной терапии. Тренировка дыхательных мышц и удаление мокроты: учеб.пособие/А.В.Орлов, В.С.Матвеев.- СПб.:Издательство СЗГМУ им.И.И.Мечникова, 2018.-56с.
- 2.Клинические рекомендации МЗ РФ. Острый бронхит у детей, 2016г. – 27 с.
- 3.Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 768 с.

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.
СУДЕБНАЯМЕДИЦИНА (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)**

**УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПУТЕМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВВЕДЕНИЯ
АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В СОСУДИСТОЕ РУСЛО
ПЕЧЕНИ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.**

И.Е. Коткас, Ш.М. Асадулаев
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург.

Введение. Ежегодно, по данным Всемирной организации здравоохранения, более 700 тысяч человек умирает от различных хронических заболеваний печени, включая цирроз. К циррозу печени относят хронические изменения паренхимы с ярко выраженным фиброзом и формированием узловой трансформации. Принято считать, что цирроз печени является заключительной стадией, как воспалительных, так и дегенеративно-некротических процессов в паренхиме печени. В разных странах показатели смертности от цирроза печени колеблются в пределах от 15 до 30 человек на 100 тысяч населения [1] и занимают 4-5 места в структуре общей смертности [2]. Один из основных факторов, на фоне которого формируется цирроз печени, является алкоголь. С каждым годом алкоголь становится всё более значимой как социальной, так и медицинской проблемой [3]. Участие алкоголя в формировании цирроза

печени доказано различными исследователями [1,4]. Только по официальным данным в Российской Федерации насчитывают более 10 миллионов человек, страдающих алкоголизмом. По данным исследований Хазанова А.И. (проанализировано 1726 пациентов, находящихся на стационарном лечении с диагнозом цирроз печени) алкогольная этиология цирроза была у 45,2%, вирус гепатита С у 23,6%, вирус гепатита В у 16,6% [1]. По результатам исследований Маевской М.В., причиной цирроза печени у 39,7% пациентов, проходящих стационарное лечение, явился алкоголь, у 19,9% - различные варианты гепатотропных вирусов [5]. На территории Германии цирроз печени алкогольной этиологии ежегодно является причиной смерти у 18 тысяч человек [6]. На территории США от 500 тысяч до 1 миллиона человек поставлен диагноз цирроза печени алкогольной этиологии [3]. Исследователи США дают следующие процентные характеристики причин формирования цирроза печени: в 26% случаев цирроз печени возник на фоне вирусного гепатита С; в 15% случаев - при сочетании вирусного гепатита С и алкогольного влияния; в 15% - при сочетании вирусного гепатита В и/или HBV+HDV и в 5% случаев цирроз печени сформировался в результате каких-либо других причин (аутоиммунный гепатит, биллиарный цирроз и т.д) [7]. Лечение пациентов, страдающих циррозом печени, является достаточно сложной задачей, поскольку большинство имеющихся фармакологических препаратов не дают ожидаемых результатов. Выполнение оперативных вмешательств у данной категории больных, как правило, сопровождается развитием печеночно-клеточной недостаточности в послеоперационном периоде. Мы предлагаем рассмотреть в качестве альтернативного способа улучшения функции печени использование клеточной терапии.

Цель – оценить возможность улучшения функционального состояния печени путем введения аутологичных мезенхимальных стволовых клеток в сосудистое русло печени.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ функционального состояния печени у 2-х групп пациентов (по 20 человек в каждой группе), страдающих циррозом. Пациенты контрольной группы в качестве терапии получали L-орнитин-L-аспартат по 1 пак. 3 раза в день на протяжении 30 дней. Пациентам основной группы проведено введение аутологичных мезенхимальных стволовых клеток в количестве 25-30x10⁶ ед. в сосудистое русло печени. Аутологичные мезенхимальные стволовые клетки были выделены из жировой ткани, полученной хирургическим путем с внутренней поверхности бедра пациента. До проведения терапии, а также через 1 и 3 месяца после этого у пациентов контрольной и основной групп была проанализирована динамика альбумина, АЛТ, АСТ щелочной фосфатазы и ГГТП. Проведение клеточной терапии осуществлялось с разрешения этического комитета Университета и после получения добровольного согласия пациента.

Результаты. До проведения терапии пациентам контрольной и основной групп был проведен анализ уровня альбумина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы и ГГТП. Средние значения данных показателей представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения уровня альбумина (г/л), АЛТ (Е/л), АСТ (Е/л), ЩФ (Е/л), ГГТП (Е/л) у пациентов контрольной и основной групп до проведения терапии.

Показатель	Контрольная группа	Основная группа
Альбумин (г/л)	36,2±4,33	36,6±3,69
АЛТ (Е/л)	63,9±6,18	65,5±4,83
АСТ (Е/л)	50,3±5,86	53,8±3,84
ЩФ (Е/л)	218,2±13,2	228,6± 13,43

ГГТП (Е/л)	122,4± 5,96	118,3± 7,11
------------	-------------	-------------

Как видно по данным таблицы 1, несмотря на то что до проведения лечения у пациентов обеих групп средние значения альбумина находились в пределах нормы, при этом как в контрольной, так и в основной группе были пациенты с уровнем альбумина ниже нормы. Показатели цитолитического и холестатического синдромов были выше нормы в обеих группах. До начала лечения достоверных различий между группами по вышеописанным показателям выявлено не было ($p>0,05$). Через 1 и 3 месяца после лечения пациентам контрольной и основной групп были повторно определены ранее описанные показатели (таблица 2).

Таблица 2

Средние значения уровня альбумина (г/л), АЛТ (Е/л), АСТ (Е/л) ЩФ (Е/л), ГГТП (Е/л) у пациентов контрольной и основной групп через 1 и 3 месяца после проведения терапии.

Показатель	Контрольная группа		Основная группа	
	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 1 месяц	Через 3 месяца
Альбумин (г/л)	37,5±3,9	37,4±2,1	40,5± 3,7	43,9± 2,7
АЛТ (Е/л)	42,7±2,4	41,1±3,0	34,3± 1,9	30,0± 3,4
АСТ (Е/л)	35,9±2,6	32,7±3,2	31,5± 2,9	26,4± 2,7
ЩФ (Е/л)	182,8±4,2	143,5±2,8	153,7±4,7	119,6±2,5
ГГТП (Е/л)	85,7± 4,3	56,9± 3,2	73,3± 2,9	41,6± 3,1

Через 1 и 3 месяца после проведенного лечения у пациентов контрольной и основной группы отмечалось увеличение средних значений альбумина. При этом в контрольной группе альбумин увеличился на 2,76% через 1 месяц и на 3,3% через 3 месяца; а в основной группе на 10,6% и 19,9% соответственно ($p<0,05$). Показатели цитолитического синдрома на фоне терапии снизились как в контрольной, так и в основной группе. Однако в контрольной группе уровень средних значений АЛТ снизился на 33,1% через 1 месяц и на 35,6% через 3 месяца; а в основной группе на 47,6% и 54,3% соответственно ($p<0,05$). Также отмечалось снижение значений АСТ: в контрольной группе на 28,6% через 1 месяц и на 34,9% через 3 месяца; в основной группе на 41,4% через 1 месяц и на 50,9% через 3 месяца ($p<0,05$). Помимо снижения показателей цитолитического синдрома на фоне терапии отмечалось и снижение показателей холестатического синдрома. Через 1 месяц после лечения уровень щелочной фосфатазы в контрольной группе снизился на 16,2%, а в основной группе на 38,6%; уровень ГГТП был ниже исходных значений на 30% в контрольной группе и на 38% в основной группе. Через 3 месяца после проведенного лечения щелочная фосфатаза была ниже исходных значений на 34,2% в контрольной группе и на 47,7% в основной группе; уровень ГГТП в контрольной группе снизился на 53,5%, а в основной на 64,8. Достоверные различия между группами по всем показателям подтверждены статистически ($p<0,05$).

В послеоперационном периоде, на фоне применения клеточной терапии каких-либо осложнений у пациентов выявлено не было.

Заключение. На основании проведенного исследования можно сказать, что эндоваскулярное введение аутологичных мезенхимальных стволовых клеток в сосудистое русло печени способствует более быстрому, по сравнению с гепатотропной терапией, улучшению белковой функции печени, снижению выраженности цитолитического и холестатического синдрома. Полученные результаты имеют значение не только для гепатологов, но для хирургов, поскольку улучшение функции печени у пациентов, страдающих

циррозом, которым планируется оперативное вмешательство, является крайне важным фактором, играющим роль в течении послеоперационного периода.

Список литературы

1. Белобородова Э.И. Алкогольная болезнь. Интегральные аспекты патогенеза, клиники и диагностики / Э.И. Белобородова, Н.С. Тарасова, В.А. Бурковская, Е.В. Белобородова. - Томск: Изд-во НТЛ, 2003. - 200 с. 2
2. Буеверов, А.О. Алкогольная болезнь печени / А.О. Буеверов, М.В. Маевская, В.Т. Ивашкин // Болезни органов пищеварения. - 2001.- Т. 3, №2.-С. 16-25. 3
3. Ивашкин, В.Т. Алкогольная болезнь печени / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская // Матер. Всерос. форума «Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000». - М., 1998. - С. 182-184. 6
4. Маевская, М.В. Клинические особенности тяжелых форм алкогольной болезни печени. Роль вирусов гепатитов В и С / М.В. Маевская //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2006. - Т. 16, № 2. - С. 25-38. 5
5. Рачковский, М.И. Прогнозирование выживаемости при циррозе печени различной этиологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Томск, 2009.-39 с. 4
6. Хазанов А.И. Алкогольные и вирусные циррозы печени у стационарных больных (1996-2005 гг.): распространенность и исходы / А.И. Хазанов, С.В. Плюснин, А.П. Васильев и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2007. - Т. 17, Ж 2. - С. 19-27. 1
7. Wolf, D.C. Cirrhosis [Electronic resource] / D.C. Wolf // eMedicine Gastroenterology. - Electronic data. - 2008. - Mode of access :<http://www.emedicine.medscape.com/article/185856-overview>. 7

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 2020 ГОД

Январь 2020г.

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

Прием статей для публикации: до 1 января 2020г.

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

Февраль 2020г.

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

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2020г.

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

Март 2020г.

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

Прием статей для публикации: до 1 марта 2020г.

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

Апрель 2020г.

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

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2020г.

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

Май 2020 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 мая 2020г.

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

Июнь 2020 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июня 2020г.

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

Июль 2020 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июля 2020г.

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

Август 2020 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 августа 2020г.

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

Сентябрь 2020 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2020г.

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

Октябрь 2020 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 октября 2020г.

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

Ноябрь 2020 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2020г.

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

Декабрь 2020 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2020г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2021г.

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

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



**Современная медицина: актуальные вопросы и
перспективы развития**

Выпуск VII

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 сентября 2020 г.)**

г. Уфа

2020 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 10.06.2020.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л.2
Тираж 250 экз. Заказ № 090.

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