

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



**Актуальные вопросы медицины в
современных условиях**

Выпуск VIII

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 января 2021 г.)**

г. Санкт-Петербург

2021 г.

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

Актуальные вопросы медицины в современных условиях. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 8. г. Санкт-Петербург. – НН: ИЦРОН, 2021. 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 VIII Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины в современных условиях» г. Санкт-Петербург 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

СЕКЦИЯ №1.	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	6
СЕКЦИЯ №2.	
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА	6
СЕКЦИЯ №3.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ	6
СЕКЦИЯ №4.	
БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА	6
СЕКЦИЯ №5.	
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ	6
СЕКЦИЯ №6.	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	6
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. КРАТКИЙ ОБЗОР НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ДИСПАЗИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	
Тарасов А.В.	6
СЕКЦИЯ №7.	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	10
СЕКЦИЯ №8.	
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ	10
СЕКЦИЯ №9.	
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ	10
СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА	11
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ	11
СЕКЦИЯ №12	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ	11
СЕКЦИЯ №13	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ	11
СЕКЦИЯ №14	
КАРДИОЛОГИЯ	11
CHANGES IN BLOOD LIPID SPECTRUM INDICATORS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION DEPENDING ON THE LEVEL OF VITAMIN D.	
Gahramanova S.M., Kyazimova V.A., Gumbatova A.N.	11
СЕКЦИЯ №15	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ	13
СЕКЦИЯ №16	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	13
СЕКЦИЯ №17	
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	13
СЕКЦИЯ №18	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	13
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СТЕНОЗЕАРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА	
Коэн В.С., Захматова Т.В.	14

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

И.Е. Попова И.Е., О.А. Алексеечкина, Л.Т. Хамидова, Е.С. Владимирова	17
СЕКЦИЯ №19	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ	20
СЕКЦИЯ №20	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	20
СЕКЦИЯ №21	
МЕДИЦИНА ТРУДА	20
СЕКЦИЯ №22	
НАРКОЛОГИЯ	20
СЕКЦИЯ №23	
НЕЙРОХИРУРГИЯ	20
СЕКЦИЯ №24	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ	20
СЕКЦИЯ №25	
НЕФРОЛОГИЯ	20
СЕКЦИЯ №26	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	20
ОЦЕНКА ТЕХНОЛОГИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «САЛАМАТТЫ КАЗАХСТАН»)	
Палевская С.А., Касымжанова А.Т.	20
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ВОПРОСАМ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА ТЕЛА	
Палевская С.А., Касымжанова А.Т.	24
СЕКЦИЯ №27	
ОНКОЛОГИЯ	27
СЕКЦИЯ №28	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	27
СЕКЦИЯ №29	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ	27
СЕКЦИЯ №30	
ПЕДИАТРИЯ	27
СЕКЦИЯ №31	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	27
СЕКЦИЯ №32	
ПСИХИАТРИЯ	27
СЕКЦИЯ №33	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	27
СЕКЦИЯ №34	
РЕВМАТОЛОГИЯ	28
СЕКЦИЯ №35	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ	28
СЕКЦИЯ №36	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ	28
СЕКЦИЯ №37	
СТОМАТОЛОГИЯ	28
СЕКЦИЯ №38	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА	28

СЕКЦИЯ №39	
ТОКСИКОЛОГИЯ	28
СЕКЦИЯ №40	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ	28
СЕКЦИЯ №41	
ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ	28
СЕКЦИЯ №42	
УРОЛОГИЯ	28
СЕКЦИЯ №43	
ФТИЗИАТРИЯ	28
СЕКЦИЯ №44	
ХИРУРГИЯ	28
СЕКЦИЯ №45	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	28
СЕКЦИЯ №46	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	28
СЕКЦИЯ №47	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА	28
СЕКЦИЯ №48	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА	28
СЕКЦИЯ №49	
ОРГАНИЗАЦИЯ АРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА	28
СЕКЦИЯ №50	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ	28
СЕКЦИЯ №51	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	28
СЕКЦИЯ №52	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ	29
СЕКЦИЯ №53	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ	29
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2021 ГОД	30

**СЕКЦИЯ №1.
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №2.
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА**

**СЕКЦИЯ №3.
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №4.
БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА**

**СЕКЦИЯ №5.
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ
ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ**

**СЕКЦИЯ №6.
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ**

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. КРАТКИЙ
ОБЗОР НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ДИСПЛАЗИЙ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Тарасов А.В.

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

Введение. Дифференцированные дисплазии соединительной ткани – это заболевания, в основе этиопатогенеза которых лежат нарушения синтеза или катаболизма белков, образующих соединительную ткань. Наиболее типичными представителями данной группы заболеваний служат: синдром Элерса-Данлоса, синдром Марфана, несовершенный остеогенез, мукополисахаридозы, диспластический сколиоз, синдром Билса (врожденная контрактурная арахнодактилия) и некоторые другие [1].

Синдром Элерса-Данлоса (синдром Черногубова-Элерса-Данлоса, несовершенный десмогенез Русакова) - это группа заболеваний с различными типами наследования, которые определяют по биохимическим и молекулярным показателям. Выделяют несколько типов этого синдрома (классический, гиперподвижность, сосудистый, кифосколиоз, артрохалазия, дерматоспараксис), характеризующихся различными типами наследования, особенностями поражения коллагена, особенностями клинической картины [1, 10].

Тип гиперподвижность - наиболее распространенный вариант заболевания. Характеризуется нестабильностью суставов, склонностью к вывихам и подвывихам суставов, их переразгибанием. Могут наблюдаться высокое и узкое небо, плоскостопие, легко травмируемая кожа, кровоподтеки. Характерно раннее развитие остеопороза, нарушение осанки (кифоз, сколиоз), артралгии, миалгии. Поражения сердечно-сосудистой системы часто проявляются в виде пролапса митрального клапана различной степени выраженности. Отмечается склонность к инфицированию митрального клапана во время хирургических вмешательств. Такие эндокардиты часто протекают тяжело, они резистентны к проводимой терапии и имеют довольно высокую летальность. Возможны поражения центральной и периферической нервной системы - мальформация Арнольда - Киари, периферические нейропатии, поражения микрососудистого русла (болезнь Рейно) и ряд других. Характерен довольно выраженный болевой синдром.

Классический тип. Для этого типа характерны изменения кожного покрова: гладкая, сильно эластичная и легко ранимая кожа, нередко покрытая шрамами; гипермобильность суставов с тенденцией к развитию вывихов и подвывихов. У детей возможно нарушение развития моторных навыков, развитие грыж, смещение внутренних органов. Возможны миопия, косоглазие, кератоконус [9], отслойка сетчатки.

Для сосудистого типа характерна гиперподвижность, особенно пальцев рук и ног. Вследствие нарушения синтеза коллагена в сосудистой стенке отмечается ее хрупкость, что приводит к развитиям аневризм и их разрывам. В зависимости от локализации повреждений сосудистой стенки могут наблюдаться кровотечения, например, маточные, желудочно - кишечные, носовые и т.д. Особенно опасны внутренние кровотечения. Они могут остаться какое-то время незамеченными вследствие медленного нарастания симптоматики. Разрыв крупного сосуда, например, грудного или брюшного отдела аорты, сопровождается клиникой острого геморрагического шока и требует неотложного хирургического вмешательства. Разрыв более мелких кровеносных сосудов может протекать со стертой клиникой. Характерны такие черты лица, как увеличение размера глаз, небольшой подбородок, тонкие губы и нос, мягкие уши. Больные часто имеют маленький рост.

Тип кифосколиоз. С младенческого возраста отмечается слабый мышечный тонус различной степени выраженности, задержка моторного развития, кифосколиоз грудного отдела позвоночника (от умеренного до выраженных форм), косолапость, снижение плотности костной ткани (остеопороз), нестабильность суставов. Снижается устойчивость кожного покрова к внешним повреждающим факторам. Кожа травмируется от минимальных воздействий, образуются гематомы и шрамы. Возможна спонтанная отслойка сетчатки глаза.

Тип артрохалазия характеризуется выраженной гипермобильностью суставов, приводящей нередко к их подвывихам и вывихам. Часто возникают кровоизлияния, поражения кожи - ее повышенная растяжимость, формирование рубцов. Наблюдаются: мышечная гипотония, разрежение костной ткани (остеопения). Характерен низкий рост пациента, особенно при выраженном врожденном кифосколиозе и вывихе бедра.

Гипермобильность суставов при синдроме Элерса-Данлоса выражена обычно умеренно. Могут наблюдаться разрывы связок и мышц, рано возникающие старческие изменения в коже рук и ног (акрогерия).

Тип дерматоспараксис характеризуется преимущественно кожными поражениями. Кожа пациентов очень хрупкая, травмируется от малейших воздействий. Тургор кожных покровов снижен. Они нередко образуют множественные складки. Заживление травмированных участков кожи длительное, часто формируются шрамы. Для этого типа характерно довольно частое образование грыж различной локализации (пупочных, паховых). У женщин возможен преждевременный разрыв плодных оболочек при родах. Диагностика синдрома Элерса-Данлоса основывается на данных анамнеза, данных инструментальных исследований (УЗИ внутренних органов, ЭКГ), офтальмологического обследования, биопсии кожи, молекулярно-генетических исследований.

Лечение синдрома Элерса-Данлоса представляет значительные трудности. Оно должно быть разнонаправленным. Это меры личной гигиены, снижающие вероятность травматизации кожи под действием физических, химических и других факторов. При поражении опорно-двигательного аппарата показана индивидуально подобранная лечебная физкультура. Медикаментозная терапия включает группы препаратов симптоматического и патогенетического действия. При кровотечениях применяются гемостатики: аминокaproновая кислота, этамзилат натрия; аскорбиновая кислота и другая витаминотерапия. Назначаются также препараты, стимулирующие метаболические процессы в организме и регенерацию тканей. Это такие препараты, как рибоксин, метилурацил, биогенные стимуляторы (экстракт

алоэ, ФИБС, стекловидное тело, гумизоль и некоторые другие). Возможно назначение по показаниям анаболических стероидных гормонов, соматотропного гормона, препаратов нейрометаболического и нейропротективного действия (глицин, пирацетам, церебролизин, цераксон, пикамелон и другие) [6].

Синдром Марфана клинически характеризуется поражением многих органов и систем. Со стороны органа зрения нередко встречаются подвывих хрусталика, отслойка сетчатки. Поражения опорно-двигательного аппарата проявляются долихостеномелией, арахнодактилией. Наблюдаются деформации позвоночника (кифоз, лордоз, сколиоз), деформации передней грудной стенки, аномалии развития суставов, врожденные контрактуры суставов различной локализации, гипотония мышц. Со стороны сердечно - сосудистой системы характерны поражения клапанного аппарата сердца. Чаще всего развивается пролапс митрального клапана разной степени выраженности, возможно поражение и других клапанов, развитие аневризмы синуса Вальсальвы, аневризмы дуги аорты. Эти состояния нередко осложняются присоединением инфекции с развитием инфекционных эндокардитов, коронариитов. Со стороны дыхательной системы нередко развиваются спонтанные пневмотораксы. В висцеральных органах могут образовываться кисты, как единичные, так и множественные. Кисты часто клинически не проявляют себя, они выявляются при инструментальных методах исследования (УЗИ, МРТ). Поражения глаз характеризуются частым развитием эктопии хрусталика. Для поражений кожных покровов характерно образование стрий.

При диагностике синдрома Марфана руководствуются так называемыми Гентскими критериями. Наиболее специфичные из них - расширение корня аорты и эктопия хрусталика. Клинические данные необходимо сопоставлять с данными инструментальных исследований (УЗИ сердца и магистральных сосудов, МРТ), молекулярно-биохимических исследований.

Лечение синдрома Марфана - это хирургическая коррекция патологий клапанного аппарата сердца, аорты; подбор очков и контактных линз при поражении глаз. При выраженной глазной патологии требуются офтальмохирургические операции. Патологии опорно-двигательного сустава также требуют хирургического лечения. В качестве медикаментозной терапии назначаются препараты магния, хондропротекторы, поливитамино-минеральные комплексы. При сердечно-сосудистой патологии назначаются бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антиаритмические препараты по показаниям. После хирургических вмешательств проводится антикоагулянтная терапия под контролем коагулограммы [2, 4].

Синдром Билса (другое название - врожденная контрактурная арахнодактилия). В клинике характерны поражения пальцев верхних и нижних конечностей, приобретающих форму «паучьих пальцев»; смешанные контрактуры пальцев и крупных суставов, сколиоз, поражения слухового аппарата. Со стороны сердечно-сосудистой системы: митральная недостаточность, часто тяжелая; дилатация корня аорты. Наблюдаются дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок.

Диагноз ставится на основании клиники и молекулярно-генетических методов исследования. Лечение – это, как правило, поддерживающая терапия, направленная, в основном, на коррекцию симптомов с целью улучшения качества жизни пациента. Назначают следующие метаболические препараты: L- карнитин, препараты витамина D в сочетании с остеогеноном, поливитамиотерапию, ноотропные препараты, физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру.

Несовершенный остеогенез (другие названия: «болезнь хрустального человека» или болезнь Лобштейна-Вролика) - наследственно обусловленное заболевание, клинически проявляющееся повышенной ломкостью костей. Заболевание преимущественно связано с нарушениями синтеза коллагена и процессов его созревания.

Выделяют две разновидности этого заболевания: врожденное нарушение развития костей (болезнь Фролика) и позднее нарушение костеобразования, манифестирующее в различные сроки после рождения (болезнь Лобштейна). Для первой формы характерно выявление у новорожденных детей малого роста, уплощенного черепа. Наблюдается склонность к возникновению переломов трубчатых костей, ребер, ключиц от незначительной физической нагрузки, медленное окостенение родничков. Вторая форма заболевания манифестирует через некоторое время после рождения, обычно к первому году жизни. Для нее характерны трещины костей, часто сопровождающиеся неярко выраженной болевой симптоматикой или протекающие асимптомно. Нарушается формирование тканей зуба, которые могут иметь недоразвитую эмаль и дентин, а также разнообразные аномалии строения пульпы. Клинически это проявляется изменением окраски зубов (она варьирует от серой до коричневатой), зубы подвержены истиранию в процессе жевания. В более позднем возрасте отмечается низкий рост больных, астеничное телосложение, гипермобильность суставов с развитием подвывихов и вывихов [3, 5].

Диагностика этого заболевания основывается на клинической картине, характерных изменениях костей при рентгенологической диагностике. Возможна также пренатальная диагностика – УЗИ плода, исследование ДНК. В биоптатах обнаруживаются ворсины хориона.

Лечение болезни Лобштейна-Вролика, в основном, симптоматическое. Применяется физиотерапия, прием бифосфоната, препаратов кальция в комплексе с витамином D. Возможно проведение ортопедических операций по показаниям.

Мукополисахаридозы. Это группа метаболических заболеваний соединительной ткани, в основе патогенеза которых - нарушение обмена мукополисахаридов, обусловленное генетическим дефектом ферментов, ответственных за расщепление мукополисахаридов, которые в результате откладываются в соединительной ткани различных органов. В зависимости от характера нарушений активности того или иного фермента выделяют следующие типы и подтипы мукополисахаридозов: синдром Гурлер, синдром Шейе, синдром Гурлер-Шейе, синдром Хантера, синдром Санфилиппо, синдром Моркио, синдром Марото-Лами, синдром Слая [5].

Клиника этих синдромов разнообразна. Для пациентов характерен низкий рост с диспропорциональным развитием конечностей, грубые черты лица, обусловленные нарушениями развития лицевого скелета, экзофтальм, густые брови, полные губы, большой язык. Отмечаются разнообразные патологии развития скелета: кифосколиоз, воронкообразная деформация грудной клетки, контрактуры суставов, мышечная гипотония; слабость миофасциальных образований передней брюшной стенки, что приводит к образованию грыж различной локализации. Со стороны сердечно - сосудистой системы - патологии клапанного аппарата (чаще недостаточность), гипертрофия миокарда, разнообразные нарушения ритма сердца. Со стороны органов дыхания - различные синусобронхопатии, клинически проявляющиеся гиперсекрецией (довольно часто наблюдается присоединение бактериальной инфекции с появлением слизисто-гнойной мокроты). Возможно снижение функции внешнего дыхания вплоть до развития апноэ. Патология центральной нервной системы может проявляться выраженным снижением интеллекта.

В диагностике основную роль играют биохимические исследования, основанные на определении гликозаминогликанов в моче с установлением ферментативного дефекта на культуре фибробластов, полученных из кожи пациентов.

При лечении мукополисахаридозов применяется гормональная терапия: АКТГ, глюкокортикоиды, L-тироксин; витаминотерапия, нейропротекторы. Возможны гемотрансфузии крови, плазмы и лейкоцитарной массы.

Диспластический сколиоз - это заболевание, проявляющееся стойкой боковой деформацией позвоночника различной направленности. Характерно быстрое прогрессирование, приводящее часто к нарушениям работы органов грудной клетки и органов таза. Необходимо раннее назначение ортопедического лечения, общеукрепляющая терапия, физиотерапия [10].

Вывод. Формы дисплазий соединительной ткани разные [1, 4, 7-9]. Встречаемость в популяции - до 86%. Дифференцированные дисплазии соединительной ткани являются довольно редкими заболеваниями, которые, тем не менее, требуют как можно ранней (желательно пренатальной) диагностики и своевременно начатого комплексного лечения.

Список литературы

1. Арсентьев В.Г., Баранов В.С., Шабалов Н.П. Наследственные заболевания соединительной ткани как конституциональная причина полиорганных нарушений у детей / В.Г. Арсентьев, В.С. Баранов, Н.П. Шабалов. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – 231 с.
2. Ватутин Н.Т., Складная Е.В., Кетинг Е.В. Синдром Марфана. Кардиология 2006. № 1. С. 92-98.
3. Гарбуз И.Ф., Алекса К.И., Шабалин Н.Г. Несовершенный остеогенез (болезнь Лобштейна-Вролика) //Вестник Приднестровского университета. 2006. №2. С. 29-35.
4. Иванова А.А., Лебедева М.Н. Синдром дисплазии соединительной ткани как фоновое состояние у больных с идиопатическим сколиозом //Современные проблемы науки и образования. 2016. №3. С. 1-2.
5. Краснопольская К.Д. Наследственные болезни обмена веществ. М.: Медицина. 2005. С.13-17.
6. Романов М.Д., Левина Т.М., Алешина К.Е. Лечение и профилактика корбонидной патологии у больных с наиболее распространенными типами синдрома Элерса-Данло //Современные проблемы науки и образования.- 2019.-№ 3. С. 2-3.
7. Тарасов А.В. К вопросу о диагностике наследственных нарушений соединительной ткани. //Перспективы развития современной медицины. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Воронеж: ООО «Ареал», 2016. № 3. С.56-59.
8. Тарасов А.В. О недифференцированной дисплазии соединительной ткани и некоторых биохимических маркерах. //Фундаментальные научные исследования: теоретические и практические аспекты: сборник материалов V Международной научно-практической конференции. Том I – Кемерово: ЗапСибНЦ, 2017. С. 60-65.
9. Тарасов А.В. Роль стресса в возникновении первичного кератоконуса. //Основные проблемы в современной медицине. /Сборник научных трудов по итогам международной научно - практической конференции. №6. г. Волгоград. – НН: ИЦРОН, 2019. С. 8-10.
10. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома Элерса-Данло / Под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчан. М.:ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева» МЗ РФ. Национальное общество детских гематологов, онкологов России. 2014. 9с.

СЕКЦИЯ №7.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №8.

ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

СЕКЦИЯ №9.

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ

**СЕКЦИЯ №10.
ГИГИЕНА**

**СЕКЦИЯ №11.
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ**

**СЕКЦИЯ №12
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

**СЕКЦИЯ №13
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

**СЕКЦИЯ №14
КАРДИОЛОГИЯ**

**CHANGES IN BLOOD LIPID SPECTRUM INDICATORS IN PATIENTS WITH ARTERIAL
HYPERTENSION DEPENDING ON THE LEVEL OF VITAMIN D.**

Gahramanova S.M., Kyazimova V.A., Gumbatova A.N.

Department of Clinical Pharmacology of the Azerbaijan Medical University of the Ministry of Health of
the Azerbaijan Republic, Baku, Azerbaijan

As you know, essential arterial hypertension (AH) is a polymorbid disease, the risk factors for the development of which include both hereditary predisposition and disorders of lipid, mineral metabolism, hormonal status [2,3]. In recent years, vitamin D deficiency, assessed by blood levels of 25-hydroxyvitamin D (25 (OH) 2D), has been identified as a new factor in cardiovascular morbidity (CVD) and mortality. Receptors for vitamin D in the cardiovascular system are determined on vascular smooth muscles, endothelium and cardiomyocytes, affecting vascular proliferation, mineral metabolism, myocardial contractile activity, inhibiting the release of cytokines from lymphocytes, affecting inflammation and lipid metabolism. Recent studies emphasize the importance of increasing the plasma level of vitamin D to reduce the risk of various dyslipidemias associated with cardiovascular diseases such as hypertension, stroke, and myocardial infarction [3-8].

The aim of the study was to study the characteristics of changes in the parameters of the lipid spectrum of blood in patients with arterial hypertension, depending on the concentration of vitamin D.

Material and methods

A one-stage clinical study was carried out by the staff of the Department of Clinical Pharmacology on the basis of the Cardiology Department of Therapeutic Clinic of the Azerbaijan Medical University from September 2018 to January 2020.

The study included 34 patients with a previously established diagnosis: arterial hypertension (AH) of 1-2 degrees according to the classification of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension 2018 (2018 ESC / ESH Guidelines for the management of arterial hypertension) at the age of 48.7 ± 1.1 years, who were divided into 2 groups depending on the level of vitamin D. The first group (group I) included 19 patients (8 men and 11 women) with low levels of vitamin D (0-30 ng / ml), and the second (group II) - 15 patients (6 men and 9 women) with optimal values of vitamin D levels (30-60 ng / ml) according to the clinical guidelines of the Russian Association of Endocrinologists for the diagnosis, treatment and prevention of vitamin D deficiency in

adults in 2016 [1]. The patients did not take cholesterol-lowering drugs and constant antihypertensive therapy. The control comparison group consisted of 17 apparently healthy volunteers (7 men and 10 women) without arterial hypertension with optimal vitamin D levels (30-60 ng / ml) at an average age of 43.4 ± 0.9 years.

The content of vitamin D in the body of patients with hypertension and healthy volunteers was determined by determining hydroxyvitamin D (25 (OH) D) in blood plasma by the enzyme immunoassay. The indicators of the blood lipid spectrum were studied on the basis of the analysis of the content of total cholesterol (TC), low and very low density lipoproteins (LDL, VLDL), high density lipoproteins (HDL), triglycerides (TG) by the enzyme immunoassay.

During the statistical processing of the research results, the Statistica 10.0 software package from StatSoft.Inc (USA) was used.

Results and discussion

Most studies in recent years prove the beneficial effect of the optimal level of vitamin D on the maintenance of the normal balance of the lipid spectrum of the blood [2,3]. Analyzing the results of 10 placebo-controlled double-blind studies with vitamin D, Jorde R. et al in 2011 showed a positive association of serum vitamin D with anti-atherogenic high-density lipoproteins and negative with atherogenic low-density lipoproteins [4]. Korean scientists in 2019 studied the relationship between vitamin D levels and lipid profiles in 243 healthy, non-obese children [6]. The subjects were divided into 2 groups: a group with a vitamin D deficiency (<20 ng / ml) and a group with a normal vitamin D content (> 20 ng / ml). The group deficient in this vitamin showed higher triglyceride levels (90.27 versus 74.74 mmol). The researchers concluded that vitamin D levels appear to affect the lipid profile of even non-obese children. Another study included patients with early diabetic nephropathy and vitamin D deficiency who received 50,000 IU of vitamin D intramuscularly monthly for 6 months. As a result of vitamin D therapy, the values of DBP, total cholesterol, and atherogenic low-density lipoproteins decreased significantly [5].

Analyzing the level of blood plasma lipids in the studied patients with hypertension, depending on the level of vitamin D, it should be noted that among 19 patients of group I with a low level of vitamin D (<30 ng / ml), the 1st degree of hypertension was observed in 6 (31, 6%), 2nd degree - in 13 (68.4%) patients. And among 15 patients of group II with the optimal level of vitamin D (30-60 ng / ml), the 1st degree of hypertension was observed in 10 (66.7%), the 2nd degree - in 5 (33.3%) people.

In the studied patients with hypertension with low values of vitamin D in the blood (<30 ng / ml), there are higher concentrations of atherogenic and low concentrations of antiatherogenic lipoproteins, compared with patients with optimal levels of vitamin D and healthy volunteers. Thus, the level of atherogenic LDL and VLDL in group I patients was, respectively, by 20.9%, $p < 0.05$ and 50.2%, $p < 0.001$ higher than in group II patients, and by 29.9%, $p < 0.01$ and 57.6%, $p < 0.001$ more than in the control group. In addition, in the 1st group, higher TG concentrations were observed - by 32.4% and 34.1%, $p < 0.01$, respectively, compared with patients with the optimal level of vitamin D and healthy volunteers. In the values of the level of antiatherogenic HDL cholesterol, there was no significant significant difference between patients in groups 1 and 2. Only in patients with low levels of vitamin D HDL values were 21.7%, $p < 0.05$ lower than in the control group. As a result of the above changes, the total cholesterol level in patients with low vitamin D levels was significantly higher than in other compared groups ($P < 0.05$). Similar data were obtained in studies of other authors, among which special attention is drawn to a study conducted in 2019 on the effect of vitamin D on the blood lipid spectrum [7], in which the values of LDL and TG with a deficiency of this vitamin were higher by 61.4% and by 45.9%, and HDL was 27.0% lower than in patients with normal vitamin D levels. The authors conclude that dyslipidemia may be the result of vitamin D deficiency or deficiency. Others have noted that vitamin D deficiency is an independent predictor of increased triglyceride levels

[8]. Based on the data obtained, it can be assumed that vitamin D contributes to the maintenance of the antiatherogenic potential of plasma in patients with hypertension by regulating the immune inflammatory response in the vascular intima and inhibiting the proliferation of vascular smooth muscle cells.

Conclusion. Thus, a low level of vitamin D in patients with hypertension is associated with increased atherogenesis in the vascular wall.

References

1. Пигарова Е.А., Рожинская Л.Я., Белая Ж.Е. и соавт. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике, лечению и профилактике дефицита витамина D у взрослых. Проблемы эндокринологии. 2016; 4: 60-84 [Pigarova E.A., Rozhinskaya L.Ya., Belaya Zh.E et al. Russian Association of Endocrinologists recommendations for diagnosis, treatment and prevention of vitamin D deficiency in adults. 2016; 4: 60-84 (In Russ.).] [https://doi.org/ 10.14341/probl201662460-84](https://doi.org/10.14341/probl201662460-84)
2. Alkipi N, Marina T, Nikolaos M, Anargyros M, Anastassios P, and Michael K. Vitamin D in cardiovascular disease, In Vivo September-October 2018 vol. 32 no. 5 977-981. [https://doi.org/ 10.21873/invivo.11338](https://doi.org/10.21873/invivo.11338)
3. Antonio JL, Jamerson RC, Maria LGR, Diego BCB. Vitamin D Deficiency and Cardiovascular Diseases, Int. J. Cardiovasc. Sci. vol.31 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2018 Epub May 21, 2018, <http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20180025>
4. Jorde R, Grimnes G. Vitamin D and metabolic health with special reference to the effect of vitamin D on serum lipids. Prog Lipid Res. 2011; 50(4): 303–312. [https://doi.org/ 10.1016/j.plipres.2011.05.001](https://doi.org/10.1016/j.plipres.2011.05.001). [PubMed] [Cross Ref]
5. Liyanage GC1, Lekamwasam S2, Weerathna TP2, Liyanage CE3 Effects of high-dose parenteral vitamin D therapy on lipid profile and blood pressure in patients with diabetic nephropathy: A randomized double-blind clinical trial. Diabetes Metab Syndr. 2017 Dec; 11 Suppl 2: S767-S770. [https://doi.org/ 10.1016/j.dsx.2017.05.013](https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.05.013). Epub 2017 Jun 3.
6. Mi Ra Kim and Su Jin Jeong *.Relationship between Vitamin D Level and Lipid Profile in Non-Obese Children. Metabolites 2019, 9, 125; [https://doi.org/ 10.3390/metabo9070125](https://doi.org/10.3390/metabo9070125)
7. Nabil Ahmad Bashir1, Adnan Ahmad Mohammad Bashir, Hani Adnan Bashir Effect of Vitamin D deficiency on Lipid Profile. American Journal of Laboratory Medicine 2019; 4(1): 11-18 [https://doi.org/ 10.11648/j.ajlm.20190401.12](https://doi.org/10.11648/j.ajlm.20190401.12)
8. Rodriguez-Rodriguez E., Ortega R.M., Gonzalez-Rodriguez L.G., Lopez-Sobaler A.M. for UCM Research Group VALORNUT. Vitamin D deficiency is an independent predictor of elevated triglycerides in Spanish school children. Eur J Nutr 2011; 50(5):373–8. [https://doi.org/ 10.1007/s00394-010-0145-4](https://doi.org/10.1007/s00394-010-0145-4)

СЕКЦИЯ №15

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №16

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

СЕКЦИЯ №17

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

СЕКЦИЯ №18

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СТЕНОЗЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

Козн В.С., Захматова Т.В.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Минздрава России

Одним из наиболее частых осложнений функционирования постоянного сосудистого доступа (ПСД) для гемодиализа, служащих причиной его утраты, является стеноз [2]. Полная потеря доступа является угрозой для жизни пациента и требует дальнейшего обеспечения программного гемодиализа через временные сосудистые доступы [4, 5]. Основным методом диагностики стеноза ПСД является дуплексное сканирование (ДС) [4], однако в России динамическое ультразвуковое исследование сосудистого доступа в настоящее время не входит в стандарт обследования пациента, находящегося на программном гемодиализе [3].

Дуплексное сканирование постоянного сосудистого доступа выполнено 550 пациентам (288 мужчин – 52,4% и 262 женщины – 47,6%), находящимся на программном гемодиализе. Нативную артериовенозную фистулу (АВФ) имели 517 (94,0%) обследованных, артериовенозный графт (АВГ) – 33 (6,0%). Всем пациентам было выполнено ультразвуковое исследование сосудистого доступа на ультразвуковом сканере Vivid S9 линейным датчиком 7–10 МГц. Проводили сбор жалоб, анамнеза заболевания, выполняли лабораторные исследования, эхокардиографию и консультацию сосудистого хирурга при необходимости.

Стеноз сосудистого доступа был выявлен у 48 (8,7%) пациентов, из них у 26 (54,2%) был диагностирован гемодинамически значимый стеноз. Чаще встречался стеноз отводящей вены (72,9% – 35 человек), реже – стеноз приводящей артерии (14,6% – 7 пациентов) и зоны анастомоза (10,4% – 5 обследованных), стеноз ипсилатеральной подключичной вены был выявлен у 1 (2,1%) пациента. Стеноз достоверно чаще развивался у пациентов с АВГ для гемодиализа (18,2% – 6 из 33 человек), чем у пациентов с нативной фистулой (6,2% – 32 из 517 человек). Гемодинамически значимый стеноз чаще развивался у пациентов с дистальным доступом, чем с проксимальным ($p=0,01$), что вероятно, связано с более крупным диаметром сосудов на плече. Гемодинамически значимый стеноз приводящей артерии был диагностирован только у пациентов с радиоцефалической АВФ.

Стеноз развивался в разные сроки от момента формирования сосудистого доступа: от 3 мес. до 12 лет (в среднем $45,9 \pm 19,3$ мес.). Его развитие не зависело от пола ($p=0,54$) и возраста пациента ($p=0,06$), основного заболевания, ставшего причиной терминальной почечной недостаточности ($p>0,05$). У всех пациентов со стенозом приводящей артерии и зоны проксимального анастомоза (артерии и вены или артерии и протеза) отмечали сопутствующие заболевания периферических артерий (сахарный диабет и распространенный атеросклероз), что соответствует данным литературы о причинах развития стеноза приносящего сосуда ПСД для гемодиализа [5]. Причинами стеноза отводящей вены и зоны анастомоза у большинства пациентов являлись высокая скорость кровотока, многократные пункции в локальной зоне, турбулентный кровоток и вибрация, постоянно травмирующие стенку вены и вызывающие гиперплазию интимы, что также отмечают другие авторы [1, 5]. Стеноз подключичной вены у 1 пациента был связан с ранее перенесенным тромбозом вены после ее катетеризации [2].

При ДС сосудистого доступа у пациентов с гемодинамически незначимым стенозом ОСК в отводящей вене составила от 380 мл/мин до 950 мл/мин (в среднем $590,0 \pm 165,6$ мл/мин), диаметр в зоне патологии – от 1,6 мм до 2,8 мм (в среднем $2,17 \pm 0,35$ мм), ПСС кровотока в зоне гемодинамически незначимого стеноза

была от 286 см/с до 583 см/с (в среднем $402,11 \pm 76,61$ см/с). У пациентов с гемодинамически значимым стенозом ОСК в отводящей вене составила от 80 мл/мин до 300 мл/мин (в среднем $208,16 \pm 72,67$ мл/мин), диаметр в зоне патологии составил от 1,2 мм до 2,0 мм (в среднем $1,74 \pm 0,28$ мм), ПСС кровотока в зоне гемодинамически незначимого стеноза была от 320 см/с до 583 см/с, в среднем $445,71 \pm 66,26$ см/с (табл. 1). Отношение ПСС кровотока в зоне гемодинамически незначимого стеноза отводящей вены к ПСС в отводящей вене на 2 см проксимальнее зоны стеноза составило от 1,8 до 3,0, отношение ПСС кровотока в зоне гемодинамически значимого стеноза отводящей вены к ПСС в отводящей вене на 2 см проксимальнее зоны стеноза составило от 3,2 до 5,4.

В результате проведенного исследования были определены критерии гемодинамически значимого стеноза приводящей артерии и отводящей вены (рис. 1): диаметр сосуда в зоне стеноза менее 2 мм, отношение ПСС в зоне патологии к ПСС в проксимальном отделе более 2 для стеноза приводящей артерии и более 3 для стеноза отводящей вены, ОСК в отводящей вене менее 300 мл/мин.

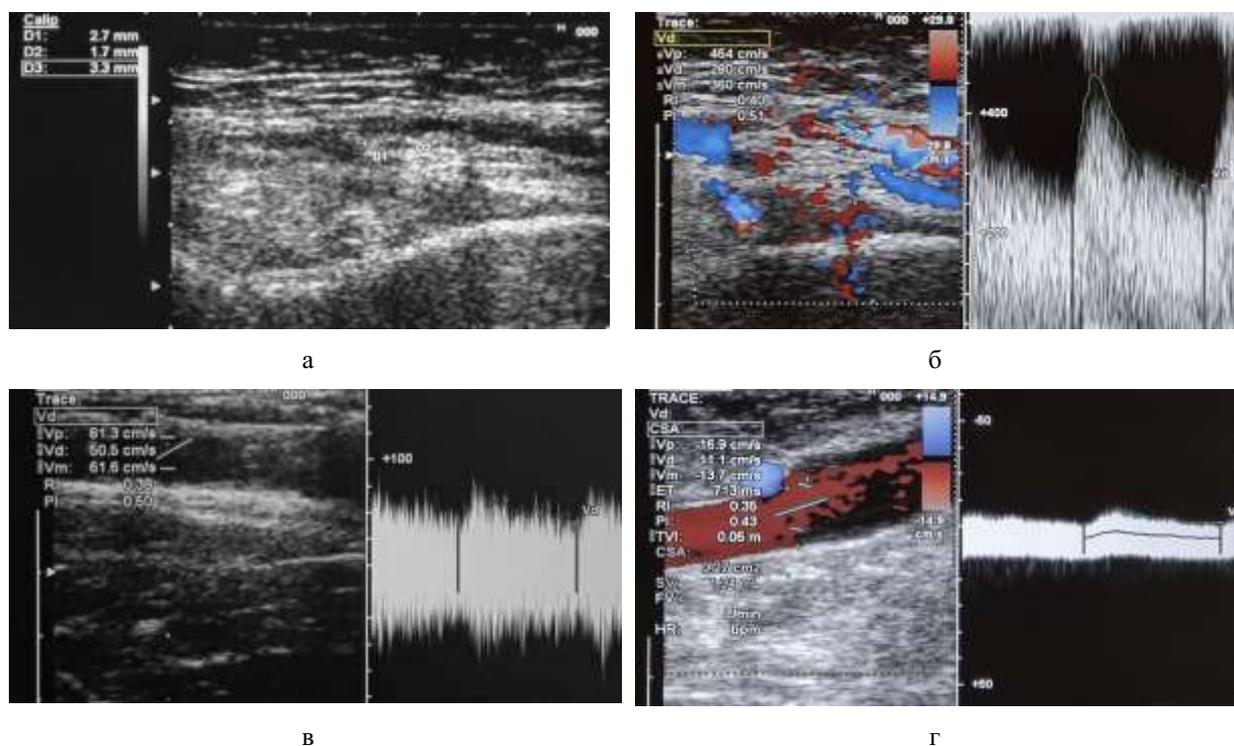


Рис. 1. Эхограммы гемодинамически значимого стеноза отводящей вены: свободный просвет вены в области стеноза в В-режиме равен 1,7 мм (а), пиковая систолическая скорость в зоне стеноза составила 464 см/с (б), пиковая систолическая скорость проксимальнее области сужения равна 81,3 см/с (в), объемная скорость кровотока в отводящей вене дистальнее зоны стеноза составила 134 мл/мин (г)

Гемодинамически значимый стеноз зоны анастомоза определяли при отношении ПСС в зоне анастомоза к ПСС в приводящей артерии более 4, при снижении ОСК в отводящей вене менее 300 мл/мин. В зоне гемодинамически значимого стеноза анастомоза ПСС составила от 337 см/с до 447 см/с (в среднем $395,8 \pm 51,51$ см/с), отношение ПСС в зоне соустья к ПСС в приводящей артерии было от 4,2 до 6,5. В результате большого градиента давления между приводящей артерией и отводящей веной в зоне анастомоза в норме регистрируют высокие скорости (рис. 2), поэтому неправильно ориентироваться только на абсолютное значение пиковой систолической скорости [1]. Значение ПСС в зоне анастомоза у пациентов без стеноза области соустья составило в среднем $328,58 \pm 127,15$ см/с (от 87 см/с до 571 см/с).

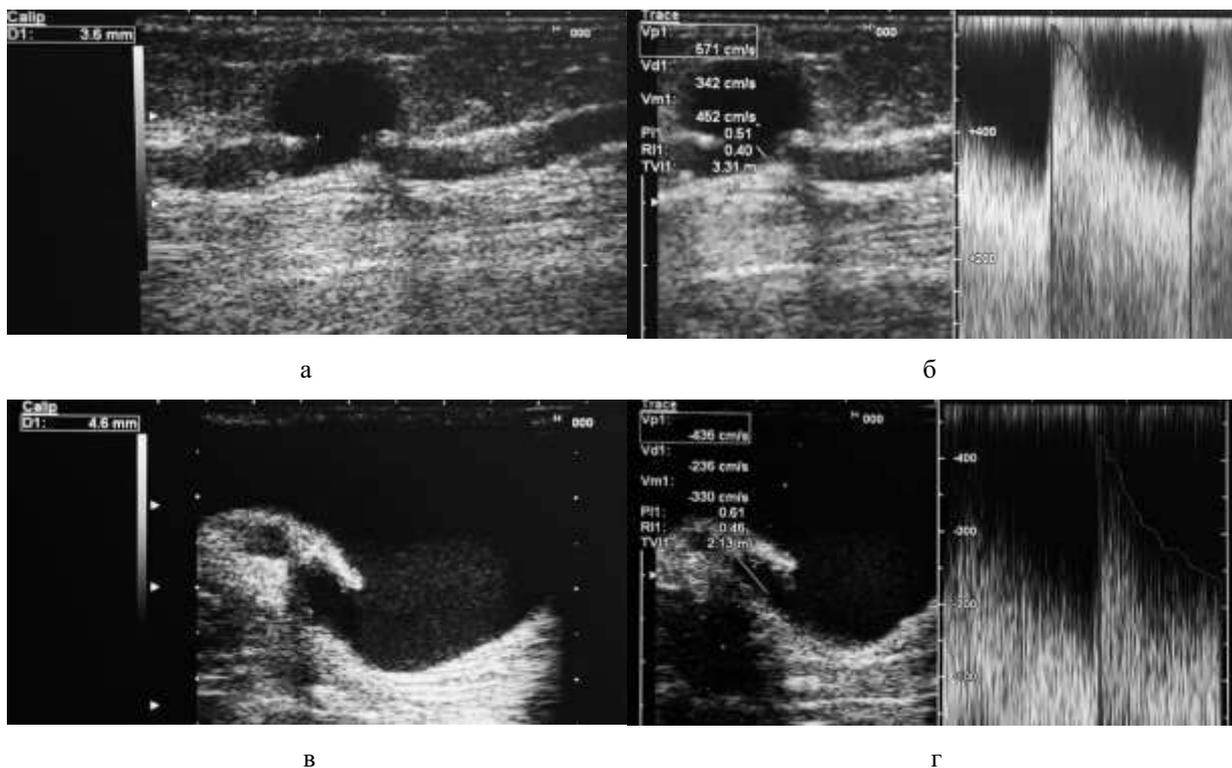


Рис. 2. Эхограммы зоны анастомоза в В-режиме: диаметр анастомоза 3,6 мм (а), 4,6 мм (в), высокоскоростной кровотока при отсутствии стенозирования сосуда (б, г)

При оценке гемодинамической значимости стеноза проводили планиметрическую оценку степени стеноза анастомоза по диаметру и обращали внимание на наличие выраженного кальциноза в области сосуда (рис. 3).



Рис. 3. Эхограмма зоны анастомоза в В-режиме: стеноз анастомоза 63% при расчете по диаметру

Всем пациентам с гемодинамически значимым стенозом были выполнены реконструктивные вмешательства.

Таким образом, ДС позволяет диагностировать стеноз сосудистого доступа для гемодиализа. Для повышения эффективности программного гемодиализа и увеличения продолжительности жизни пациентов необходимо выполнять динамическое ультразвуковое обследование сосудистого доступа.

Список литературы:

1. Васильев А. Н., Михеева Ю. С., Смирнов А. В. Патофизиология артериовенозной фистулы // Нефрология. 2015. Т. 19. № 66. С. 61–72.

2. Гринев К. М., Карпов С. А., Алферов С. В. Нетромботические осложнения постоянного сосудистого доступа при программном гемодиализе и способы их хирургической коррекции // Вестник СПбГУ. Медицина. 2017. Т. 12. № 4. С. 340–353.
3. Клинические рекомендации «Лечение пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП 5) методами гемодиализа и гемофильтрации» / ред. совет: Строков А. Г., Гуревич К. Я., Ильин А. П. и др. 2016. 31 с.
4. Pietryga J. A., Little M. D., Robbin M. L. Sonography of Arteriovenous Fistulas and Grafts. Seminars in dialysis. 2017. V. 30. No. 4. P. 309–318.
5. Vascular Access Work Group. KDOQI Clinical Practice Guideline for vascular access: 2019 Update // AJDK / 2020. Vol. 66. No. 5. P. 1–194.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

И.Е. Попова И.Е., О.А. Алексеечкина, Л.Т. Хамидова, Е.С. Владимирова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, г. Москва

В последние десятилетия, несмотря на усилия по сокращению числа несчастных случаев, число пострадавших с сочетанной травмой остается достаточно высоким. В структуре сочетанных травм тяжелые торакальные повреждения составляют около 25–50% [1-2].

Ранняя инструментальная оценка состояния легких дает возможность прогнозировать течение процесса и определить тактику лечения [3].

В современных условиях решению диагностической задачи травмы груди способствует неотложное лучевое исследование, в включающее КТ груди и смежных областей с внутривенным болюсным введением контрастного препарата, УЗИ плевральных полостей и брюшной полости, УЗДГ легких в динамике [4-6].

Цель исследования. Изучить возможности компьютерной томографии (КТ) и ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике повреждений груди при закрытой травме.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены результаты КТ груди и УЗИ плевральной полости и легких 50 пострадавших, находившихся на лечении в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с тяжелой сочетанной травмой. Критерии включения в исследование были следующие: возраст старше 18 лет; тяжелая сочетанная закрытая травма груди: $AIS > 2$ на фоне сочетанных повреждений, $ISS 28 - 30$ баллов и более, $APACHE 18-20$.

Все пострадавшие поступили в институт в первые часы после травмы. Мужчин было 34 (68%), женщин – 16 (32%), средний возраст $41,3 \pm 7,6$ (22-79) лет. По механизму травмы преобладали падение с высоты свыше 3 метров (43,1%) и автомобильная травма (25,4%). КТ выполняли как основной метод диагностики повреждений груди и контроля за динамикой процесса. Все исследования проводили по стандартной программе – коллимация слоя составляла 1 мм, интервал реконструкции 1–5 мм. Для исключения повреждения магистральных сосудов, достоверной оценке состояние легочной ткани и внутриплеврального содержимого исследование дополняли внутривенным введением контрастного препарата. Для выявления всех повреждений и определения лечебной тактике всем пациентам с сочетанной травмой в 1-е сутки поступления в институт наряду со сканированием груди были выполнены КТ исследования головного мозга, позвоночника и живота с внутривенным болюсным введением контрастного препарата. КТ выполняли при поступлении в стационар и по показаниям на 5-25 сутки. УЗИ проводили по

стандартной методике на ультразвуковых приборах среднего класса с конвексным 3,5 мГц и линейным 7,5 мГц датчиками. С целью выявления гидропневмоторакса, повреждения ткани легкого исследование выполняли в В-режиме, в В-режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) и доплерографии (УЗДГ) исследовали гемодинамику легких. Одновременно с УЗИ плевральной полости всем больным выполнили исследование живота. УЗИ выполняли при поступлении в стационар и в первые 2-3 суток 1-2 раза в сутки для контроля динамики увеличения гемоторакса и оценки состояние легочной ткани. Затем выполняли контрольные УЗИ в течение 10 дней с ежедневной оценкой содержимого плевральных полостей, структуры паренхимы легкого, измерением показателей гемодинамики сосудов легких. С 11 по 30 день УЗИ проводили 1 раз в 2-3 дня.

Результаты исследования. По данным КТ у всех пострадавших были выявлены переломы от трех и более ребер. Частота диагностики полифокальных переломов по двум линиям была 35%, преобладали односторонние переломы (53%). Интраторакальное смещение отломков в плевральную полость было отмечено до 32 мм. Одновременно с переломами ребер в 16% случаев был выявлен перелом лопатки, в 9% - был выявлен перелом грудины, в 16% - перелом ключицы.

На основании данных комплексной лучевой диагностики (КТ и УЗИ) были у большинства пациентов было выявлено внутриплевральное содержимое: пневмоторакс был у 68% больных, гемоторакс – у 58%.

Ушиб (контузию) легких различной интенсивности наблюдали у 82% пациентов. При доплерографии в легочной ткани на фоне сниженной эхогенности был выявлен венозный и артериальный кровоток, артерии с ЛСК 18–25 см/сек, ИР-0,87. По мере динамического наблюдения через 7–10 дней очаги ушиба легких частично регрессировали у 46,5% пострадавших. Наряду с уменьшением объема инфильтрации на КТ и при УЗИ, при доплерографии было отмечено увеличение скорости кровотока до 40–50 см/сек и ИР-0,82 (артериальный и венозный кровоток).

При наличии разрыва легкого с формированием гематопневматоцеле у 16% пострадавших инфильтративные изменения легкого разрешались в более поздние сроки на 18–30-е сутки. На первом исследовании при доплерографии удалось зарегистрировать только венозный кровоток, артериальный кровоток не получен ни в одном случае, также имелись локальные участки снижения эхогенности легочной ткани без кровотока (формирование внутрилегочной гематомы). Появление артериального спектра в легочной ткани свидетельствовало о положительной динамике, увеличение ЛСК с 18 см/сек до 40 см/сек по артериям в легочной ткани в динамике, указывало на восстановление кровотока и разрешение посттравматических изменений в легких.

При наличии эмфиземы грудной стенки получить информацию о состоянии плевральных полостей и легких не представлялось возможным.

В результате комплексного лучевого исследования одновременно с травмой легких ушиб сердца был диагностирован в 4% случаев, травма аорты – в 8%, травма плечевого вен ствола - в 2%, повреждение селезенки – в 28%, печени - в 18%, желчного пузыря - в 4%, почек – в 6%, поджелудочной железы – в 2%, кишки – в 3%, диафрагмы – в 4%. Черепно-мозговая травмы была у 52% пострадавших, повреждения позвоночника – у 23%.

Обсуждение. В современных условиях доступность КТ и УЗИ позволяет оценить травму груди при поступлении в стационар и в динамике.

Ультразвуковое исследование в В-режиме, проводимое при поступлении пациента с тяжелой сочетанной травмой, являясь скрининговым, позволяет определить наличие гидрогемоторакса, выявить травму легкого [7].

В последние годы важную роль стала играть комплексная эхография. Диагностическая ценность метода возросла в связи с применением доплерографического метода, позволяющего оценить гемодинамику легкого при его ушибе [8].

В настоящее время КТ становится часто используемым стандартным методом у больных с тяжелой травмой груди, имеет преимущества при диагностике сочетанных повреждений, а также при динамическом наблюдении [5].

КТ имеет следующие преимущества: универсальность, позволяющая проводить исследование практически всех органов и систем, небольшая продолжительность исследования с возможностью одномоментной оценки нескольких анатомических областей, без перемены положения тела и одновременным проведением реанимационных пособий. При наличии внутриплевральных и внутрилегочных изменений КТ позволяет следить за их динамикой, дает возможность своевременно выявлять осложнения [9].

Заключение. КТ позволяет оценить состояние каркаса грудной клетки, легочные посттравматические изменения, выявить весь объем повреждений и оценить динамику течения этих изменений, определить повреждение других органов. УЗИ с применением доплерографии у пациентов с сочетанной травмой выявляет внутриплевральные изменения, состояние структуры и кровообращения травмированной легочной ткани, что позволяет оценить течения ушиба легкого, включая стадию обратного развития. Комплексная диагностика УЗИ и КТ тяжелых повреждений органов грудной полости и других анатомических областей позволяет осуществить диагностику и определить тактику ведения пострадавших.

Список литературы

1. Диагностика и лечение легочных кровоизлияний при закрытой травме // Ш.Н. Даниелян, М.М. Абакумов, И.Е. Попова и др.н // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.-2011.-№4.-С.17-24.
2. Changes in the epidemiology and predictation of multiple – organ Failure after injury / D.C. Dewar, S.M. Tarrant, K.L. King, Z.J. Balogh // J. Trauma Acute Care Surg. - 2013. – Vol.74, N. 3. - P.774-779.
3. Кочегаров, О.В. Распознавание повреждений легких при сочетанной травме груди // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2002.-№ 10. - С. 18-23.
4. Soldati G. Chest ultrasonography in lung contusion / G Soldati , A.Testa, F.R. Silva [et al] // Chest. -2006- Vol .130, N2 – P.533-538.
5. Компьютерная томография в диагностике повреждений легких при закрытой травме груди / И.Е. Попова, Ф.А. Шарифуллин, М.М. Абакумов и др.// Диагностическая и интервенционная радиология -2011.- № 3.-С.31-35.
6. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / под ред. В.В. Митькова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: М.- ВИДАР, 2019. – 756 с.
7. Возможности доплерографии при изменениях ткани легкого в посттравматическом периоде сочетанной травмы. / О.А. Алексеечкина, В.М. Абучина, Л.Т. Хамидова. Е.С. Владимирова. Московская Ассамблея «ЗДОРОВЬЕ СТОЛИЦЫ» 5–8 декабря 2018, Москва, С.76.
8. Ультразвуковая диагностика: практическое руководство. Допплерография / под ред. В.В. Митькова. - 2-е изд. - Москва: Издательский дом Видар- М, 2002.
9. Лучевая диагностика органов грудной клетки: национальное руководство / глав. ред. серии С.К. Терновой; глав. ред. тома В.Н. Троян, А.И. Шехтер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Гл. 10.Лучевая диагностика повреждений органов грудной клетки при травмах и неотложных состояниях - С.351-399.

**СЕКЦИЯ №19
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ**

**СЕКЦИЯ №20
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**СЕКЦИЯ №21
МЕДИЦИНА ТРУДА**

**СЕКЦИЯ №22
НАРКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №23
НЕЙРОХИРУРГИЯ**

**СЕКЦИЯ №24
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ**

**СЕКЦИЯ №25
НЕФРОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №26
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

**ОЦЕНКА ТЕХНОЛОГИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ
ПРОГРАММЫ «САЛАМАТТЫ КАЗАХСТАН»)**

Палевская С.А., Касымжанова А.Т.

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А.
Семашко», г.Москва

Резюме

Были рассмотрены основные задачи, ключевые приоритеты и направления Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан “Саламатты Казахстан” (Здоровый Казахстан) на 2011-2015 годы с учетом тенденций экономического, социального и демографического развития страны, которые позволили увеличить эффективность управления отраслью, целью которого является обеспечение высокого качества медицинских услуг и конкурентоспособности системы здравоохранения. Авторами предлагается тест-карта для оценки программ, направленных на здоровье сбережение.

Ключевые слова: Казахстан, программа, итоги реализации, задачи

Abstract

It was observed the main tasks, key priorities and directions Of the state program for health development of the Republic of Kazakhstan “Salamatty Kazakhstan ” (Healthy Kazakhstan) for 2011-2015, taking into account the trends of economic, social and demographic development of the country, which allowed to increase the efficiency of industry management, the purpose of which is to ensure high quality of medical services and competitiveness of the health system.

The authors propose a test card for evaluating programs aimed at health conservation.

Keyword: Kazakhstan, the program, the results of the implementation, objectives

На сегодняшний день, одной из серьезных проблем общественного здравоохранения является угроза развития неинфекционных групп заболеваний. Для снижения данного глобального бремени необходимы срочные действия на глобальном, региональном и национальном уровнях.

Результаты исследований, проведенных в различных странах мира по вопросу изучения неинфекционных заболеваний и факторов, влияющих на их развитие, ложатся в основу национальных стратегий и государственных программ по борьбе с НИЗ во многих странах мира. Одной из таких программ была Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан “Саламатты Казахстан” (2011-2015), которая была принята Указом Президента №1113 от 29 ноября 2010 года (далее – Программа).

Программа ставила перед собой несколько важных задач, а именно:

- необходимо было увеличить количество скрининговых программ для своевременного выявления социально-значимых заболеваний. Так же, важно улучшить систему диагностики, постановки диагноза, лечения и реабилитации;
- необходимо дальнейшее развитие медицинской науки и увеличение доступности медицинского образования. А именно, продолжить работу по дальнейшему внедрению последних инновационных технологий в медицине, повысить доступность лекарственных препаратов для населения;
- продолжить работу по совершенствованию и улучшению санитарно-эпидемиологической службы для своевременного принятия мер по особо опасным группам заболеваний.

Реализация Программы

Внедрение Программы было разделено на два этапа. Первый этап охватил период с 2011 по 2013 гг. За этот период были проведены мероприятия:

для определённых групп населения были введены обязательные национальные скрининговые программы; были утверждены целевые индикаторы, необходимые для оценки проводимых мероприятий в рамках данной Программы;

были разработаны и утверждены современные принципы управления медицинской науки.

Второй этап охватил период с 2014 по 2015 гг. В этот период были включены следующие мероприятия:

был проведен промежуточный итог ранее внедренных стратегий первого этапа;

дальнейшее совершенствование и улучшение методов диагностики и реабилитации социально значимых заболеваний;

увеличение доступности лекарственных препаратов населению;

повышение статуса и мотивации медицинских работников в обществе.

Анализ тест-карты стратегий по здоровьесбережению

Задача 1

Основная цель Программы: снижение общей смертности к 2015 году – до 7,62 на 1000 населения не была достигнута. Общая смертность по итогам 2014г. возросла на 0,1% (с 7,15 до 7,16 на 1000 населения) [3].

При анализе структуры общей смертности лидирующее место занимают болезни сердечно-сосудистой системы (22,3%-2010 г.). Почти на 15% произошло увеличение первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в период с 2010 по 2014 года.

Наблюдается дальнейший рост пациентов с злокачественными новообразованиями (ЗНО). На 3958 случаев ЗНО возросло число пациентов за период с 2009 по 2013 гг. С увеличением эффективности диагностики, лечения и реабилитации пациентов с ЗНО, наблюдалось снижение показателя смертности на 10,9 на 100 тыс. населения за период с 2009 по 2013 гг. [3].

Задача 2

Цель: для формирования правильного здорового образа жизни у населения необходимо увеличить количество мероприятий для контроля за факторами риска поведения.

Показатель распространения злоупотребления алкоголем в опасных дозах по результатам зондового исследования снизилось на 0,6% и составил-12,2 % (2014 год). С 2014 года был увеличен акциз на алкогольную продукцию (в расчете на безводный спирт) с 1000 тенге за литр до 1200 тенге в 2015 году. Всего было проведено 3634 профилактических мероприятий с охватом - 25036 человек за 2014 год. Проведено 9 информационных акций в Торгово-развлекательных центрах и рынках под девизами: «Профилактика алкоголизма», «Влияние алкоголя на организм», «Наш выбор-здоровая жизнь», охват 3830 человек, 28 круглых столов на темы: «Похититель разума - алкоголь и его последствия», «Актуальные проблемы алкоголизма», «Разрушительные действия алкоголя на мозг», «Последствия употребления алкогольных напитков», охват 1637 человек, 52 семинара- тренинга, охват 3830 чел., 14 дебатов, охват 2330 чел., 3351 беседа, 227 лекций, 7 спортивных мероприятий, охват 860 человек, в т.ч. 4 спортивных соревнования, 158 классных часов, 39 конкурсов рисунков. Издано 51500 экземпляров информационно-образовательного материала, из них роздано 47450 экземпляров, в том числе плакатов-2485, буклетов-24200, листовок-16565, брошюр -4200 [4].

Распространенность употребления табака среди населения снизилась на 3,2 % на период с 2009 по 2015 гг. С 2014 года произошло постепенное увеличение акцизов на табачную продукцию с 3000 тенге до 4250 тенге (2015г.). 15 ноября 2013 года были введены изменения в Закон о рекламе, которые запретили рекламу табачной продукции и курительных принадлежностей в том числе трубок, кальянов, зажигалок [5]. Всего было проведено 3302 мероприятий за 2014 год, с охватом - 178 828 чел. Проведены: 78 семинар- тренингов, с охватом 5674 чел., 38 дебатных турниров, 6 круглых столов, с охватом 270 чел., 240 лекции, с охватом 13319 чел., 2 конференции, с охватом 200 чел., на темы: "Профилактика табакокурения", "Табак, курительные смеси, наркотики-не наша тема!", «Отрицательное воздействие табака на организм человека, охрана репродуктивного здоровья», "Табачный дым-иллюзии и действительность", «Современные курительные смеси - билет в один конец», «Уроки здоровья по отказу от курения» и т.д., 29 классных часов, 148 диктантов во всех школах города Алматы, охват 959 чел., 4869 бесед, 6 городских конкурса: среди студентов ВУЗов на тему «Я выбираю здоровый образ жизни», среди учащихся колледжей на лучшую театрализованную постановку на антинаркотическую тему, конкурс рисунков в школах города Алматы на тему «Профилактика употребления табака, насвая, кальяна», охвачено мероприятиями 1040 чел; в 34 поликлиниках города проведены дни открытых дверей, охвачено 2340 чел., 19 широкомасштабных акции, с охватом 18324 человек. Для того, чтобы проверить насколько эффективны проведенные мероприятия было организовано 35 общественных рейдов. Проведено 109 выступлений в СМИ, из них 39 на телевидении, 4 выступления на радиостанции, по профилактике табакокурения опубликовано 53 статей в печатных СМИ [4].

Биологические факторы риска

Цель: необходимо снижение биологических/генетических факторов риска населения, которые могут привести к развитию неинфекционных групп заболеваний.

С 2013 года в рамках Программы были введены обязательные Национальные скрининги, в том числе, Скрининг исследования на своевременную диагностику болезней сердечно-сосудистой системы, в которых высокое АД является потенциальным фактором риска. За 2014 год было осмотрено 197459 людей, из них

22083 человек были поставлены на учет. Скрининг по раннему выявлению сахарного диабета в 2015 году из 197840 обследованных, 607 пациентов были поставлены на учет к терапевтам и эндокринологам [3].

По результатам исследования в 2014г. избыточная масса тела в 2014 году снизилась на 0,6% и выявлена у 22,8% жителей Алматы, в 2013году 23,4%. Всего в рамках Программы было проведено 759 мероприятий, охват 42 724 человек : 12 акций, 25 круглых столов, 2 обучающих семинаров на тему: «Сбалансированное питание- основа здорового долголетия!», 18 фотоконкурсов на тему: « Мое меню», «Питайся разумно», «Здоровое питание – залог ЗОЖ», и т.д., 16 дебатов, 23 родительских собрания, 109 лекций, 512 бесед, 10 анкетирования и 19 классных часов [4].

Как дополнительная мера, в рамках Программы пациентам, состоящим на учете с диагнозом сахарный диабет, было предложено проведение исследования на гликемический индекс два раза в год. Не велась специальная статистика, отражающая процент населения, прошедших данный скрининговый тест. На сегодня имеется возможность получить общую информацию и рекомендации по формированию здорового образа жизни и питания. Но в общем проценте, уровень лечебного просвещения среди населения остается все еще низким.

1 января 2018 года на территории стран СНГ был принят технический документ, который обязал компании не выпускать продукцию, в составе которой имеется больше, чем 2,0 % общего жира. Данный документ был утвержден решением Комиссии Таможенного Союза 9 декабря 2011 года No. 883). К сожалению, информации насколько точно реализуется данное техническое требование в Казахстане нет [1].

Задача 3

Цель: создание доступной и современной для населения системы здравоохранения.

Одной из важнейших задач Программы была необходимость совершенствования первично медико-санитарной помощи (ПМСП). До 2011 года ПМСП состояла из двух подразделений: вспомогательно-диагностической (регистратура, информационное бюро, кабинет статистики и анализа) и консультативно-диагностического отделения (профильные специалисты). Программа “Саламатты Казахстан” ставила задачу создания системы здравоохранения, которая была бы социально ориентирована для населения, поэтому было добавлено дополнительное подразделение- центр семейного здоровья (кабинеты доврачебного приема, кабинет здорового ребенка, кабинеты профилактики и ЗОЖ) [3].

В связи с введением дополнительного подразделения в систему ПМСП, были введены дополнительные должности- социальные работники, психологи, вторая и третья медицинская сестра с соответствующим дополнительным финансированием. Увеличение штата медицинских работников предоставила возможность увеличить работу по профилактике заболеваний. С 2011-2015 гг. были введены обязательные Национальные скрининговые компании. За 2014 год было проведено 1 184 805 осмотров (2013г. – 1 156 082), из них на раннее выявление социально значимых заболеваний.

А именно:

- сахарного диабета – 100,3%, осмотрено 197 840 чел. (2013г. – 102,5%);
- болезней системы кровообращения – 100,1%, осмотрено 184 401 чел. (2013г. – 101,6%);
- предопухолевых заболеваний и рака шейки матки – 100%, осмотрено 50 004чел. (2013г. – 100,1%);
- раннее выявление рака пищевода и желудка – 101,5% (осмотрено 47586 чел.) [4].

Данные меры со стороны государственной системы здравоохранения позволили увеличить частоту выявления ранних форм рака, а значит улучшить прогноз исходов лечения больных.

Заключение

Программа “Саламатты Қазақстан” стала первым важным шагом для создания системы здравоохранения, которая была бы социально ориентирована. На сегодняшний день, необходимо продолжить дальнейшую работу по внедрению новых методов и стратегии.

Для снижения экономического бремени от неинфекционных групп заболеваний, важным является усиление роли первично медико-санитарной помощи, мероприятия по контролю за биологическими факторами риска развития заболеваний.

Так же необходима увеличения мероприятий по формированию здорового образа жизни и продолжить работу по созданию нетерпимости в обществе по отношению таких факторов риска как употребление алкоголя, табачных изделий, и чрезмерного присутствия быстрых углеводов в питании населения.

Список литературы:

1. Euro.who.int. 2020. [online] Available at: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/409927/BizzCase-KAZ-Rus-web.pdf> [Accessed 25 September 2020].
2. https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30861087> [Accessed 25 September 2020].
3. Almaty-cgkb.kz. 2020. [online] Available at: <<http://www.almaty-cgkb.kz/uploads/fm/docs/govprograms.pdf>> [Accessed 25 September 2020].
4. 2020. [online] Available at: <http://almatydensaulyk.kz/activities_of_the_office/execution_of_government_programs/> [Accessed 25 September 2020].
5. Apps.who.int. 2020. [online] Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85380/9789244505878_rus.pdf?sequence=7> [Accessed 25 September 2020].

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ВОПРОСАМ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА ТЕЛА

Палевская С.А., Касымжанова А.Т.

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного
здоровья им. Н.А.Семашко», г. Москва

Резюме

Был проведен социологический опрос населения (анкетирование), проживающего в промышленном городе Республики Казахстан (Усть-Каменогорск) по вопросам осведомленности об ожирении/избыточном весе.

Ключевые слова: социологический опрос, Республика Казахстан, ожирение, избыточный вес.

Resume

A sociological survey of the population living in the industrial city of the Republic of Kazakhstan (Ust-Kamenogorsk) was conducted) on obesity/overweight awareness issues.

Keywords: sociological survey, Republic of Kazakhstan, obesity, overweight.

В XXI веке проблема ожирения/избыточного веса стала серьезной проблемой общественного здравоохранения и достигла масштабов пандемии. В 1975 г. число людей, страдавших ожирением, составляло 100 миллионов (69 миллионов женщин, 31 миллион мужчин, в 2016 г. данное число уже составило 671 миллион (390 миллионов женщин, 281 миллион мужчин) [1].

Серьезными проблемами в области общественного здравоохранения в Казахстане становятся нездоровое питание, недостаток физической активности, сидячий образ жизни и как следствие возникновение проблем с

весом. В 2016 году вероятность преждевременной смерти (моложе 70 лет) в Казахстане от четырех основных групп НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания, диабет, хронические респираторные заболевания или рак) составляло 27% [2].

Цель исследования: провести анализ результатов социологического опроса населения Усть-Каменогорска (Казахстан) по вопросам осведомленности об ожирении/избыточном весе

Материал и методы

Для изучения уровня осведомленности населения по вопросам ожирения и избыточного веса было организовано социологическое исследование в виде анкетирования. Сбор данных осуществлялся среди жителей промышленного города Казахстана (Усть-Каменогорск). Отбор единиц для участия проводился случайным методом. В анкету были включены пятнадцать вопросов, которые включали вопросы пищевых привычек, знаниях возможной связи ожирения с рядом заболеваний и видение своего веса. Для каждого участника опроса был рассчитан индекс массы тела (ИМТ). Вопросы о росте и весе были включены в анкетирование. ИМТ рассчитывали по формуле: $ИМТ = M/P^2$, где М - масса в килограммах, Р - рост в метрах [3]. Интерпретация показателей ИМТ проводилась в соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) (таблица 1).

Таблица 1

Значения индекса массы тела

16 и менее	Выраженный дефицит массы тела
16—18,5	Недостаточная (дефицит) масса тела
18,5—25	Норма
25—30	Избыточная масса тела (предожирение)
30—35	Ожирение первой степени
35—40	Ожирение второй степени
40 и более	Ожирение третьей степени (морбидное)

Возрастная структура была распределена таким образом: 18-30 лет (46%), 31-40 лет (32%), старше 60 лет (3%). Практически равное количество опрошенных пришлось на возрастные группы 41-50 лет (9%), и 51-60 лет (10%). Женская часть населения (71%) была более активна в принятии участия в анкетировании, чем мужская (29%).

Результаты исследования

Социологическое исследование продемонстрировало высокий уровень осведомленности населения о связи ожирения/избыточного веса и ряда серьезных заболеваний. Из 201 опрошенных, 195 ответили, что знают, что ожирение/избыточный вес могут служить причинами для возникновения серьезных заболеваний. Это составило 97%. Такой высокий процент может показывать, что данная проблема является актуальной и интересной для населения.

Среди основных причин возникновения ожирения/избыточного веса наибольший процент был отдан нерациональному питанию (42%), на втором месте - малоподвижный образ жизни (32%), далее заболевания эндокринной системы (18%). Маленькие проценты были отданы таким факторам как генетические (6%), стресс (1%) и недосыпание (1%) [Рис.1].



Рисунок 1. Основные причины избыточного веса/ожирения

На постоянной основе изучение уровней физической активности населения в Казахстане не проводится. К концу 2017 года на всей территории Казахстана было проведено 44 тысячи спортивно-массовых мероприятий с охватом более 5,6 млн. человек, в том числе в сельской местности более 25000 спортивно-массовых мероприятий с охватом более 2,6 млн. человек. В регионах проведено 866 дней открытых дверей в физкультурно-оздоровительных центрах и спортивных клубах с охватом более 210 000 человек [4].

Отдельно была проанализирована группа респондентов с нормальным весом. Для каждого из этих респондентов рассчитали ИМТ. Оказалось, что у 89% вес действительно был нормальным. Однако, у 10% респондентов он был избыточным и у 1% было выявлено ожирение. Эти 11% являются группой риска, поскольку не понимают и не воспринимают свой вес как угрозу собственному здоровью. Далее была проанализирована группа респондентов, которые воспринимают свой вес как избыточный. Напомним, что изначально всего 40% респондентов считали свой вес избыточным. Дополнительный анализ веса респондентов, вошедших в эту группу с учетом ИМТ показал, что на самом деле 38% из них имеют нормальный вес, 45% - избыточный и 17% - ожирение. То есть в этой группе респондентов следует обратить внимание именно на эти 17%, которые, к сожалению, не понимают, что страдают ожирением. Анализ группы респондентов, считающих, что у них есть ожирение, в целом подтвердил правильность восприятия собственного веса.

Отдельно изучали пищевые привычки респондентов, в частности частоту употребления в пищу сладких и мучных продуктов, степень информированности о возможном развитии заболеваний на фоне избыточного веса/ожирения, а также предпочтения по выбору метода коррекции избыточного веса. Из представленных данных обращают на себя внимание три факта. Первый – то, что респонденты в возрасте от 31 до 40 лет считают, что могут легко справиться с избыточным весом/ожирением хирургическим путем. Второй – то, что

респонденты в возрасте 51 – 60 лет считают избыточный вес/ожирение обычным состоянием в этом возрасте. И третий – то, что респонденты в возрасте от 18 до 50 лет (трудоспособное население) считают, что могут справиться с избыточным весом/ожирением путем лекарственной терапии.

Заключение

Исследование показало, что проблема ожирения/избыточного веса являются актуальной для населения республики Казахстан. Опрос позволил выявить неправильное восприятие своего веса большинством респондентов. После расчета ИМТ, к сожалению, доля пациентов с «избыточным весом» или «ожирением» увеличивается. Это говорит о важности мониторинга населением таких ключевых показателей как вес и индекс массы тела. Необходимость повышения осведомленности населения по вопросам ожирения/избыточного веса как фактора риска возникновения ряда серьезных заболеваний, требует разработки специальных программ и мероприятий, направленных на профилактику НИЗ (например, программы мониторинга уровня физической активности населения). Но стоит учитывать, что факторы риска, приводящие к возникновению НИЗ, находятся за пределами контроля только системы здравоохранения (рис.18). Данный рисунок наглядно показывает основные направления профилактической работы – работы с поведенческими и промежуточными факторами риска, которая

Литература:

1. Child and adolescent obesity increases tenfold in 40 years. *Nursing Standard*. 2017;32(10):16-16.
2. Euro.who.int. 2019 [cited 28 October 2019]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/409927/BizzCase-KAZ-Rus-web.pdf?ua=1
3. Tackling NCDs [Internet]. World Health Organization. 2019 [cited 28 October 2019]. Available from: <https://www.who.int/ncds/management/best-buys/en/>
4. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. World Health Organization. 2019 [cited 28 October 2019]. Available from: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>

СЕКЦИЯ №27 ОНКОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №28 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

СЕКЦИЯ №29 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №30 ПЕДИАТРИЯ

СЕКЦИЯ №31 ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

СЕКЦИЯ №32 ПСИХИАТРИЯ

СЕКЦИЯ №33 ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №34

РЕВМАТОЛОГИЯ

**СЕКЦИЯ №35
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ**

**СЕКЦИЯ №36
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ**

**СЕКЦИЯ №37
СТОМАТОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №38
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА**

**СЕКЦИЯ №39
ТОКСИКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №40
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

**СЕКЦИЯ №41
ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ**

**СЕКЦИЯ №42
УРОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №43
ФТИЗИАТРИЯ**

**СЕКЦИЯ №44
ХИРУРГИЯ**

**СЕКЦИЯ №45
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №46
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №47
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА**

**СЕКЦИЯ №48
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

**СЕКЦИЯ №49
ОРГАНИЗАЦИЯ АРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА**

**СЕКЦИЯ №50
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ**

**СЕКЦИЯ №51
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

СЕКЦИЯ №52
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ

СЕКЦИЯ №53
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2021 ГОД

Январь 2021г.

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

Прием статей для публикации: до 1 января 2021г.

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

Февраль 2021г.

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

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2021г.

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

Март 2021г.

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

Прием статей для публикации: до 1 марта 2021г.

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

Апрель 2021г.

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

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2021г.

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

Май 2021 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 мая 2021г.

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

Июнь 2021 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июня 2021г.

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

Июль 2021 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июля 2021г.

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

Август 2021 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 августа 2021г.

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

Сентябрь 2021 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2021г.

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

Октябрь 2021г.

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

Прием статей для публикации: до 1 октября 2021г.

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

Ноябрь 2021 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2021г.

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

Декабрь 2021 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2021г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2022г.

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



**Актуальные вопросы медицины в
современных условиях**

Выпуск VIII

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 января 2021 г.)**

г. Санкт-Петербург

2021 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 10.01.2021.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 2
Тираж 250 экз. Заказ № 010.

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