

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



**Актуальные вопросы и перспективы развития
медицины**

Выпуск VIII

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

г. Омск

2021 г.

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

УДК 61(06)

ББК 5я43

Актуальные вопросы и перспективы развития медицины. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 8. г. Омск. – НН: ИЦРОН, 2021. 21 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 и перспективы развития медицины**», г. Омск представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

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

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

© ИЦРОН, 2021г.

© Коллектив авторов

Оглавление

| | |
|---|-----------|
| СЕКЦИЯ №1. | |
| АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ | 6 |
| СЕКЦИЯ №2. | |
| АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА | 6 |
| ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ АЛТАЙСКОГО КРАЯ | |
| А.А. Мершалова , Г.Н. Бородина | 6 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ГОРТАНИ ЧЕЛОВЕКА И ПТИЦЫ | |
| В. С. Богочанов, С. Ю. Гуреев, А. А. Медведева | 8 |
| СЕКЦИЯ №3. | |
| АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ | 11 |
| СЕКЦИЯ №4. | |
| БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА | 11 |
| СЕКЦИЯ №5. | |
| ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ | 11 |
| СЕКЦИЯ №6. | |
| ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ | 11 |
| СЕКЦИЯ №7. | |
| ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ | 11 |
| СЕКЦИЯ №8. | |
| ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ | 11 |
| СЕКЦИЯ №9. | |
| ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ | 11 |
| СЕКЦИЯ №10. | |
| ГИГИЕНА | 11 |
| СЕКЦИЯ №11. | |
| ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ | 11 |
| СЕКЦИЯ №12 | |
| ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ | 11 |
| СЕКЦИЯ №13 | |
| ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ | 11 |
| СЕКЦИЯ №14 | |
| КАРДИОЛОГИЯ | 11 |
| СЕКЦИЯ №15 | |
| КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ | 11 |
| СЕКЦИЯ №16 | |
| КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА | 12 |
| СЕКЦИЯ №17 | |
| КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ | 12 |

| | |
|---|----|
| СЕКЦИЯ №18 | |
| ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ | 12 |
| СЕКЦИЯ №19 | |
| МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ | 12 |
| СЕКЦИЯ №20 | |
| МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ | 12 |
| СЕКЦИЯ №21 | |
| МЕДИЦИНА ТРУДА | 12 |
| СЕКЦИЯ №22 | |
| НАРКОЛОГИЯ | 12 |
| СЕКЦИЯ №23 | |
| НЕЙРОХИРУРГИЯ | 12 |
| СЕКЦИЯ №24 | |
| НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ | 12 |
| СЕКЦИЯ №25 | |
| НЕФРОЛОГИЯ | 12 |
| СЕКЦИЯ №26 | |
| ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ | 12 |
| СЕКЦИЯ №27 | |
| ОНКОЛОГИЯ | 12 |
| СЕКЦИЯ №28 | |
| ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ | 12 |
| СЕКЦИЯ №29 | |
| ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ | 12 |
| СЕКЦИЯ №30 | |
| ПЕДИАТРИЯ | 12 |
| | |
| СОБЛЮДЕНИЕ КРАТНОСТИ ОСМОТРА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ | |
| Ахмедова Э.И..... | 12 |
| ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПЕРВИЧНЫЕ ТРОМБОФИЛИИ У ДЕТЕЙ | |
| Таранушенко Т.Е., Ваганов А.А., Паршин Н.А., Моргун А.В., Емельянчик Е.Ю..... | 14 |
| СЕКЦИЯ №31 | |
| ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА | 18 |
| СЕКЦИЯ №32 | |
| ПСИХИАТРИЯ | 18 |
| СЕКЦИЯ №33 | |
| ПУЛЬМОНОЛОГИЯ | 18 |
| СЕКЦИЯ №34 | |
| РЕВМАТОЛОГИЯ | 18 |
| СЕКЦИЯ №35 | |
| СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ | 18 |

| | |
|---|----|
| СЕКЦИЯ №36 | |
| СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ | 18 |
| СЕКЦИЯ №37 | |
| СТОМАТОЛОГИЯ | 18 |
| | |
| ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ СО СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ | |
| Самусенков В.О., Пустынская А.И. | 18 |
| СЕКЦИЯ №38 | |
| СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА | 21 |
| СЕКЦИЯ №39 | |
| ТОКСИКОЛОГИЯ | 21 |
| СЕКЦИЯ №40 | |
| ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ | 21 |
| СЕКЦИЯ №41 | |
| ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ | 21 |
| СЕКЦИЯ №42 | |
| УРОЛОГИЯ | 21 |
| СЕКЦИЯ №43 | |
| ФТИЗИАТРИЯ | 21 |
| СЕКЦИЯ №44 | |
| ХИРУРГИЯ | 21 |
| СЕКЦИЯ №45 | |
| ЭНДОКРИНОЛОГИЯ | 21 |
| СЕКЦИЯ №46 | |
| ЭПИДЕМИОЛОГИЯ | 21 |
| СЕКЦИЯ №47 | |
| АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА | 21 |
| СЕКЦИЯ №48 | |
| КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА | 21 |
| СЕКЦИЯ №49 | |
| ОРГАНИЗАЦИЯ АРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА | 21 |
| СЕКЦИЯ №50 | |
| ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ | 21 |
| СЕКЦИЯ №51 | |
| ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ | 22 |
| СЕКЦИЯ №52 | |
| ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ | 22 |
| СЕКЦИЯ №53 | |
| ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ | 22 |
| | |
| ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2021 ГОД | 23 |

СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №2. АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА

УДК 611-053.4:572.087

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

А.А. Мершалова , Г.Н. Бородина

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Понятие «здоровье» - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов [5]. Одним из основных показателей здоровья ребенка является физическое развитие. Литературные данные последних лет свидетельствуют о значительном ухудшении физического здоровья детей и о серьезных отклонениях в здоровье [2, 6]. По официальным данным в настоящее время только 6% выпускников являются практически здоровыми, в то время, как у 80% диагностируются различные заболевания, львиную долю которых составляют нервно-психические расстройства. Ссылаясь на последние исследования медиков, психически здоровы лишь 34% выпускников школ. За время обучения в школе число здоровых детей уменьшается. По последним данным медицинских профилактических осмотров, за первый год обучения в школе зрение снижается у 2,56% обучающихся, а к окончанию школы, еще у 9,21%. Первоклассников с диагнозом «сколиоз» не более 1%, а выпускников уже 3,43%. До 63% выпускников школ – больны. У молодых людей в дальнейшем возникают трудности с выбором профессии, службой в армии, параллельно встает вопрос о состоянии репродуктивного здоровья. Хронически больных детей школьного возраста – около 60% [7].

Результаты последних исследований [4, 8] свидетельствуют о том, что наиболее важными типологическими критериями в физическом воспитании являются тип телосложения, его особенности и тесно связанная с ними характеристика физического развития.

Негативные характеристики физического и соматического здоровья современных школьников России обуславливают актуальность научно-исследовательских работ по вопросам мониторинга физических показателей [3, 4, 8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить физическое развитие школьников старших классов на примере Алтайского края.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

По общепринятой методике В.В. Бунака (1941), проведены антропометрические измерения тотальных размеров: масса и длина тела, окружность грудной клетки в покое (ОГК), ширина плеч, ширина таза 211 подростков 9-11 классов в возрасте от 15 до 18 лет, родившихся и постоянно проживающих в Алтайском крае. Измерения проводились в медицинских кабинетах школ, при комфортном температурно-влажном режиме и хорошей освещенности. Законный представитель каждого участника исследования дал информированное согласие на проведение антропометрических измерений. Измерения проводились по единой унифицированной методике с учетом требований НИИ Антропологии Московского государственного университета (1982) с применением стандартных инструментов: медицинские весы, метрическая лента, ростомер. Рассчитывались следующие показатели, характеризующие физическое здоровье и физическое развитие школьников:

1) индекс Таннера (индекс полового диморфизма): 3 умножить на размер акромиального диаметра (ширина плеч) и вычесть размер гребневого диаметра (ширина таза). При значении индекса Таннера менее 83,7 у участника исследования диагностируется гинекоморфия, при значении более 93,1 – андроморфия, при значении от 83,7 и до 93,1 – мезоморфия.

2) индекс Пинье (ИП) - показатель крепости телосложения: из роста стоя (см) вычесть вес (кг) и приплюсовать окружность грудной клетки (см). Черноруцкий М.В. в своей методике использует индекс Пинье для соматотипирования (ИП > 30 – астеник, ИП от 10 до 30 – нормостеник, ИП < 10 – гиперстеник);

3) индекс Борнгардта (идеальная масса тела): длину тела (см) умножить на окружность грудной клетки (см) и разделить на 240. Это уникальная формула, которая позволяет рассчитать идеальную массу тела с учетом окружности грудной клетки.

4) индекс Эрисмана (ИЭ): из окружности грудной клетки в паузе (см) вычесть 1/2 длины тела (см). При ИЭ < 3.3 - грудная клетка определяется как узкая, ИЭ от 3.3 до 5.8 – пропорциональная, и если ИЭ > 5.8 – широкая;

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 10.0 Rus корпорации StatSoft (США). Значения признаков представлены в виде среднего и стандартной ошибки среднего.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований (таблица 1) показали, что у обследованных школьников преобладала узкая грудная клетка (68,3%), реже встречалась широкая грудная клетка (27,0%) и еще реже – пропорциональная (4,8%). Среднее значение индекса Эрисмана составило $3,3 \pm 0,7$.

Таблица 1

Показатели массы тела (кг), продольных размеров (см), поперечных размеров (см) и окружности грудной клетки (см)

| Показатель | значения | | |
|--------------------------------|-------------|--------------|-----------------|
| | минимальное | максимальное | среднее |
| масса тела (кг) | 50 | 100 | $67,8 \pm 0,8$ |
| рост – длина тела (см) | 150 | 188 | $175,3 \pm 0,6$ |
| рост сидя (см) | 82 | 99 | $91,5 \pm 0,3$ |
| ширина плеч (см) | 35 | 56 | $46,7 \pm 0,4$ |
| ширина таза (см) | 24 | 34 | $29,1 \pm 0,2$ |
| окружность грудной клетки (см) | 80 | 113 | $90,5 \pm 0,78$ |

При проведении соматотипирования по М.В. Черноруцкому было выявлено, что в популяции 13-15-летних подростков преобладает нормостенический тип телосложения, реже встречается астенический тип – 27,7%, наиболее редким является гиперстенический тип (21,4%). Среднее значение индекса Пинье составило $19,0 \pm 1,2$.

При вычислении индекса Таннера у 89,7% школьников выявлен андроморфный тип, в 8,7% - мезоморфный и лишь в 1,6% - гинекоморфный тип телосложения. Среднее значение индекса – $102,7 \pm 7,1$.

При вычислении идеальной массы тела с помощью индекса Борнгардта полученные данные свидетельствовали о том, что большинство исследуемых приближены к идеальной массе тела (84,1%), избыточная масса тела у 10,3% подростков, а дефицит массы тела – у 5,6%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования среди школьников старших классов Алтайского края, было выявлено:

- 1) преобладают гармонично развитые с нормостеническим, андроморфным типом телосложения;
- 2) серьезных и значимых отклонений в физическом развитии нет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунак В. В. Антропометрия. – М.: Госуд. учеб.-пед. изд-во НАРКОМПРОСА РСФСР, 1941. – 368 с.
 3. Колокольцев М.М., Лумпова О.М. Конституциональная характеристика популяции девушек 17–20 лет, проживающих в условиях Прибайкалья (сообщение 2) // Вестник ИрГТУ. - 2013. - № 8 (79). - С. 275–279.
 4. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков. - М.: Медицина, 2004. - 384 с.
 5. Всемирная организация здравоохранения. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. 2006. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf
 6. Мишкова Т.А. Морфофункциональные особенности и адаптационные возможности современной студенческой молодежи в связи с оценкой физического развития: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. - М., 2010. – 24 с.
 7. Борисенко А.Ф. Управление двигательным режимом учеников начальных классов. – Киев. Радянська школа, 1988.-86с.
 8. Грицинская В.Л, Салчак Н.Ю., Санчат Н.О., Омзар О.С. Комплексная оценка физического развития детей Республики Тыва // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - 2013. - № 3-2 (91). - С. 60-63.
- Лях В.И. Сенситивные периоды развития координационных способностей детей в школьном возрасте [Текст] / В.И. Лях // Теория и практика физической культуры. - 1990. - №3. - С. 15-19.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ГОРТАНИ ЧЕЛОВЕКА И ПТИЦЫ

В. С. Богочанов, С. Ю. Гуреев, А. А. Медведева

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава России, г. Тверь

Введение

Гортань (larynx) у человека – орган дыхания и голосообразования, расположенный в передней области шеи [1]. У птиц гортань также является органом дыхания и голосообразования, однако она делится на верхнюю гортань (larynx superior), выполняющую функцию проведения воздуха, и певчую, или нижнюю, гортань или сирикс (larynx inferior s. syrix), которая выполняет функцию голосообразования. Верхняя и нижняя гортани разделены между собой трахеей (trachea).

Цель исследования: сравнить строение гортаней человека и птицы и изучить механизм голосообразования у птиц.

Материалы и методы исследования: проведен анализ данных литературы и интернет-источников.

Результаты исследования и их обсуждение.

В основе человеческой гортани лежит хрящевой скелет. В ней выделяют непарные и парные хрящи. Щитовидный, перстневидный и черпаловидный хрящи являются гиалиновыми, а надгортанник,

рожковидный и клиновидный хрящи – эластическими. Также иногда выделяется непостоянный зерновидный хрящ (*cartilago triticea*).

Хрящи гортани подвижны. Их движение осуществляется за счёт двух суставов: перстнещитовидного (*art. cricothyroidea*) и перстнечерпаловидного (*art. cricoarytenoidea*). Также, помимо суставов, в связочном аппарате гортани выделяют связки.

Мышцы человеческой гортани делятся на 2 типа: мышцы, действующие на голосовую щель, и мышцы, действующие на голосовые связки, а также выделяют отдельную черпалонадгортанную мышцу (*m. aryepiglotticus*), которая тянет надгортанник кзади, перекрывая вход в гортань, и суживает его. Мышцы, действующие на голосовую щель, подразделяются на суживающие и расширяющие её. Мышцы, действующие на голосовые связки, подразделяются на напрягающие (натягивающие) и расслабляющие их.

Полость гортани (*cavitas laryngis*) делится на 3 отдела: преддверие гортани, межжелудочковое пространство и подголосовая полость. Преддверие гортани (*vestibulum laryngis*) начинается со входа в гортань (*aditus laryngis*) и заканчивается складками преддверия (*plicae vestibulares*). Сам вход в гортань спереди ограничен надгортанником, по бокам – черпалонадгортанными складками (*plicae aryepiglotticae*), сзади – верхушками черпаловидных хрящей. Межжелудочковый отдел гортани самый короткий, сверху ограничен складками преддверия, снизу – голосовыми складками (*plicae vocales*), выполняющими функцию голосообразования. Между складками в боковой стенке гортани имеется парное углубление – желудочек гортани (*ventriculus laryngis*). Правая и левая складки преддверия ограничивают щель преддверия (*rima vestibularis*), а голосовые складки – голосовую щель (*rima glottidis s. rima vocalis*). Подголосовая полость (*cavitas infraglottica*) начинается от голосовых складок и заканчивается входом в трахею.

Процесс голосообразования у человека начинается со вдоха, во время которого воздух нагнетается через ротовую и носовую полость, глотку, гортань, трахею, бронхи в расширенные при вдохе легкие. Затем, под действием нервных сигналов (импульсов) из головного мозга голосовые складки смыкаются, происходит закрытие голосовой щели. Это совпадает с моментом начала выдоха. Сомкнутые голосовые складки преграждают путь выдыхаемому воздуху, препятствуют свободному выдоху. Воздух в подскладочном пространстве, набранный при вдохе, под воздействием выдыхательных мышц сжимается, возникает подскладочное давление. Сжатый воздух давит на сомкнутые голосовые складки, т. е. приходит во взаимодействие с ними. Возникает звук [4].

Гортань птицы имеет немного иное строение; она подразделяется на верхнюю и нижнюю. Верхняя гортань (*larynx superior*) образована тремя хрящами: перстневидным и двумя черпаловидными. У некоторых видов в образовании верхней гортани также участвует четвёртый хрящ – предперстневидный (*cartilago proscricioidea*). Щелевидное отверстие гортани открывается на дне глотки позади языка и находится напротив хоан, что способствует быстрому попаданию воздуха из носовой полости через глотку в гортань и трахею. В зависимости от вида трахея состоит из разного количества костно-хрящевых колец, соединенных фиброзноэластичными связками. Она часто длиннее шеи и поэтому образует изгибы в нижней части шеи или вдоль грудной кости. Надгортанник отсутствует, мягкого нёба также нет, поэтому прохождение воздуха через голосовую щель регулируется расширительной и сужающей мышцами, которые препятствуют аспирации пищевого материала. В производстве звука верхняя гортань никакой роли не играет. Нижней границей служит трахея (*trachea*), примерно общим планом строения от человеческой не отличается. В полости тела перед впадением в легкие трахея делится на два главных бронха (бифуркация), каждый из них состоит из 20—25 хрящевых полуколец.

Нижняя (певчая) гортань, или сиринкс, (*larynx inferior s. syrix*) является голосовым аппаратом птицы, который аналогичен гортани млекопитающих за исключением отсутствия голосовых складок, участвующих в голосообразовании. У таких видов, как стервятники и страусы сиринкс является рудиментарным органом. Нижняя гортань классифицируется в зависимости от локализации на трахеальный, трахеобронхиальный и бронхиальный, из которых наиболее распространённым является трахеобронхиальный (расположен в области бифуркации трахеи, имеет срединный хрящ в месте бифуркации, называемый козелком (*pessulus*)). Такой тип встречается, к примеру, у настоящих попугаев, однако у них при этом отсутствует козелок. Сиринкс состоит из ряда модифицированных трахеобронхиальных хрящей, двух вибрирующих барабанных перепонки и мышц, которые изменяют натяжение мембраны. Эти тонкие мембраны выстилают медиальные и латеральные бронхи, и звук производится во время выдоха вибрацией воздуха через сиринкс. Окружающий межключичный воздушный мешок дает голосовой резонанс, нажимая на эти мембраны. Птицы с длинными спиральными трахеями обладают глубокими звучными голосами. Количество сирингеальных мышц, при сокращении которых видоизменяются звуки, варьируется в зависимости от вида. Несмотря на большую говорливость, попугаи имеют относительно простой сирингеальный аппарат с тремя парами сирингеальных мышц. Ястребы имеют только одну пару, в то время как певчие птицы имеют пять пар. У многих певчих птиц обе стороны сиринкса управляются независимо, что позволяет им буквально петь дуэтом с самими собой [3].

Заключение

План строения человеческой и птичьей гортани различен. Во-первых, у птиц, в отличие у человека, гортань делится на верхнюю и нижнюю: верхняя отвечает за проведение воздуха, нижняя локализуется в месте бифуркации трахеи и лежит внутри грудобрюшной полости, окруженный со всех сторон межключичным воздухоносным мешком. Она образована последними кольцами трахеи и первыми полукольцами бронхов, которые, срастаясь, образуют так называемый барабан. Внутри него располагаются барабанные мембраны (наружная, внутренняя), которые соответствуют голосовым губам млекопитающих. Звук образуется при прохождении воздуха через щель между ними как при вдохе, так и при выдохе [5]. Во-вторых, общий план строения гортаней также различается (у птиц отсутствуют надгортанник и мягкое небо, а также ряд других структур), но при этом имеются сходства. В-третьих, строение голосового аппарата также различается: если у человека он образован голосовыми складками, в которых залегают голосовые мышцы и голосовые связки, то у птиц это вибрирующие барабанные перепонки и мышцы, натягивающие их. Соответственно, процесс голосообразования также различается. Отличается и топография. Гортань человека — это гибкий, обладающий тонкой структурой орган дыхательной системы, соединяющий глотку с трахеей. Он чрезвычайно важен для процесса дыхания и пищеварения, поскольку выталкивает вредоносные элементы, пытающиеся проникнуть в дыхательные пути. В гортани также образуются звуки, с помощью голосовых складок регулируется тембр, тон и громкость речи человека [2]. Таким образом, наличие сходных структур при разном строении одного и того же органа свидетельствует о происхождении человека и птиц от одного общего предка.

Литература:

1. Сапин, М. Р. *Анатомия человека : учебник : в 2 томах / М. Р. Сапин [и др.] ; под ред. М. Р. Сапина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Т. I. - 528 с. : ил. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-4636-2. - Текст : электронный // URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970446362.html> (дата обращения: 25.04.2021). - Режим доступа: по подписке.*

2. Epoch Times, Гортань человека, ее строение и функции : сайт / Epoch Times. – 2016. – URL: <https://www.epochtimes.ru/gortan-eyo-stroenie-i-funktsii-99074751/> (дата обращения: 26.04.2021). – Загл. с титул. экрана. – Текст : электронный.
3. McLelland, J. A. Colour Atlas of Avian Anatomy / J. A. McLelland. – Aylesbury : Wolfe Publishing Ltd, 1990. – 127 p. – Bibliogr.: p. 96-104. – ISBN 0-7234-1575-7. – Text : direct.
4. Poisk-ru.ru : [сайт]. – URL: <https://poisk-ru.ru/s7114t13.html> (дата обращения: 25.04.2021). – Режим доступа: свободный. – Текст : электронный.
5. Veterinarian.ru : [сайт]. – URL: <https://veterinarian.ru/anatomiya-organov-dyhaniya-u-porugayev-i-drugih-ptis> (дата обращения: 26.04.2021). – Режим доступа: свободный. – Текст : электронный.

**СЕКЦИЯ №3.
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

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

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

**СЕКЦИЯ №6.
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ**

**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**

**СЕКЦИЯ №15
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №16
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

**СЕКЦИЯ №17
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

**СЕКЦИЯ №18
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ**

**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**

**СЕКЦИЯ №27
ОНКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №28
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

**СЕКЦИЯ №29
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №30
ПЕДИАТРИЯ**

**СОБЛЮДЕНИЕ КРАТНОСТИ ОСМОТРА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ**

Ахмедова Э.И.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г.

Красноярск

Введение. Период новорожденности – важнейший этап в формировании здоровья каждого ребенка. С учетом тенденции учреждений родовспоможения к ранней выписке, на сегодняшний день выписка здоровых новорожденных детей осуществляется на 3-5 сутки. Важнейшие адаптационные периоды новорожденного ребенка происходят уже в домашней обстановке. Работа участкового врача-педиатра на данном этапе является основополагающей в сфере охраны материнства и детства.

Цель: изучить данные социологического опроса родителей детей первого года жизни на предмет степени удовлетворенности работой участковых врачей-педиатров.

Материалы и методы: проведен социологический опрос 40 родителей детей первого года жизни путем анонимного анкетирования.

Результаты. Средний возраст респондентов составил 30,2 лет, из них подавляющее большинство представлено женщинами – 27 человек и, соответственно, 3 человека – мужчины.

На вопрос, имеется ли на Вашем педиатрическом участке постоянный врач-педиатр, 82,5% опрошенных ответили, что имеется, 17,5% ответили, что постоянного участкового врача-педиатра нет.

В 52,5% случаев новорожденные дети были осмотрены участковым врачом-педиатром в установленные министерством здравоохранения РФ сроки, в течение первых трех суток с момента выписки, но при этом 7,5% случаев не были осмотрены в течение 28 суток жизни после выписки из родильного дома.

На вопрос, посещал ли Вас участковый врач-педиатр в течение первого месяца жизни два и более раз, 57,5% опрошенных ответили положительно, 35,0% опрошенных ответили, что за первый месяц жизни ребенок был осмотрен врачом один раз, 7,5% ответили, что осмотра в течение первого месяца не было.

На вопрос, какова вероятность от 0 до 10 того, что Вы посоветуете участкового врача-педиатра Вашего участка для наблюдения за здоровьем детей своим родным и знакомым среднее значение составило 7,49 из возможных 10 баллов. На вопрос, в чем основная причина, почему Вы не посоветуете своего врача-педиатра другим, ответы были следующие: «нервный врач, пугает ребенка», «редко посещает», «на вопросы не отвечает, ничего не объясняет», «нет постоянного врача».

На вопрос, считаете ли Вы достаточным уровень квалификации Вашего участкового врача-педиатра, 77,5% опрошенных ответили, что да, считают, и, соответственно, 22,5% опрошенных ответили, что не считают.

На вопрос, чего Вам не хватило в общении с Вашим участковым врачом-педиатром, самые популярные ответы были такими: «не раскрыт вопрос о тонкостях питания», «знаний о сне и бодрствовании ребенка», «если в семье первый ребенок, то вопросов больше, чем ответов».

Выводы. В рамках исследования выявлено, что среди опрошенных к 30 годам появился как минимум первый ребенок в семье. Почти пятая часть респондентов ответила, что на их участке нет постоянного врача-педиатра, и как следствие, в течение первого месяца жизни в 7,5% эти дети не были осмотрены на дому в рамках проведения патронажей новорожденных. Практически в половине случаев происходит нарушение кратности проведения первичного патронажа на дому в неонатальном периоде. Но, не смотря на это, родители достаточно высоко оценивают своего врача и готовы порекомендовать его своим друзьям и знакомым, при этом, более 20,0% опрошенных ответили, что считают недостаточным профессиональный уровень врача-педиатра участкового.

Очень важно проводить патронажи новорожденных своевременно и в полной мере, что позволяет снизить риск возникновения патологических состояний и заболеваний, избежать дальнейших осложнений и сохранить здоровье ребенка с первых дней его жизни.

Состояние здоровья детей первого месяца – один из главных индикаторов в работе детских поликлиник и всей педиатрической службы. Очень важно, чтобы в этот период ребенок был не только под присмотром новоиспеченных родителей, но и профессиональных и компетентных специалистов, прежде всего, участкового врача-педиатра и участковой медицинской сестры.

Список литературы:

1. Алексеева, А. В. Субъективная оценка родителями первичного патронажа новорожденного / А. В. Алексеева // Медицина: теория и практика. – 2019. – Т. 5, №4. – С 39.
2. Здоровый ребенок: наблюдение, схемы обследования, нормативные таблицы основных физиологических показателей : учеб.-метод. пособие / Т. Е. Таранушенко, Е.Ю. Емельянчик, С.И. Устинова [и др.]; Красноярский медицинский университет. – Красноярск: КрасГМУ, 2015. – 142 с.
3. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи / Н. Ф. Прохоренко, Е. А. Гапонова, И. В. Петрачков [и др.] // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2019. Т. 5, № 4. – С. 20–42.
4. Приказ Минздрава РФ от 07.03.2018 № 92н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям".
5. Приказ Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
6. Приоритетные направления развития системы охраны материнства и детства на региональном уровне / Г. В. Сыч, Н. Н. Чайкина, С. Н. Титова [и др.] // Вестник Воронежского института высоких технологий. – 2017. – Т. 2, № 21. – С. 183-189.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПЕРВИЧНЫЕ ТРОМБОФИЛИИ У ДЕТЕЙ

Таранушенко Т.Е., Ваганов А.А., Паршин Н.А., Моргун А.В., Емельянчик Е.Ю.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск

Тромбофилия – врожденное или приобретенное состояние, которое предрасполагает к патологическому тромбообразованию [5]. От 13% до 78 % всех тромбозов у детей формируются на фоне наследственных тромбофилий [16].

Наиболее полный перечень дефектов гемостаза при тромбофилии рассматривает классификация, разработанная J. Heit 2013 г. (табл. 1).

Таблица 1. Классификация тромбофилий по J. Heit.

| Врожденные (семейные или первичные) тромбофилии | |
|--|----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Дефицит антитромбина III ● Дефицит протеина C ● Дефицит протеина S ● АПС-резистентность ● Мутация фактора V Лейден ● Мутация протромбина (20210A) ● Гомоцистинурия, гипергомоцистеинемия в связи с дефектом ферментов, участвующих в метаболизме метионина | Безусловно подтвержденные данные |

| | |
|--|-----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Стойкое увеличение концентрации и/или активности факторов свертывания крови: фибриногена, факторов II, VIII, IX или XI ● Дисфибриногенемия ● Гипоплазминогенемия и дисплазминогенемия ● Серповидно-клеточная анемия | Подтвержденные данные |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Снижение уровня витамин К-зависимого белка Z и Z-зависимого ингибитора ● Снижение уровня ингибитора пути тканевого фактора (TFPI) ● Дефицит тканевого активатора плазминогена (t-PA) ● Высокий уровень ингибитора активатора плазминогена 1-го типа (PAI-1) | Слабо подтвержденные данные |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Полиморфизм фактора XIII (Val34Leu) ● Повышенный уровень активированного тромбином ингибитора фибринолиза (TAFI) | Нет подтверждающих данных |

По данным Choi H. S., пики реализации тромбозов приходятся на два периода: первый – период новорожденности, второй – подростковый [10].

Принципиально важным в ходе диагностики первичной тромбофилии является анализ факторов риска заболевания, которые классифицируют по группам (кластерам) [5, 15, 16]. Кластер А, то есть факторы с доказанным влиянием на развитие тромбозов у детей включают [17, 18, 20]:

- дефицит естественных антикоагулянтов (протеин C, S, антитела);
- резистентность к активированному протеину C;
- носительство протромботических полиморфизмов FV-Leiden, FIIIG20210A, MTHFR C677T;
- повышение концентрации липопротеина (a);
- положительная проба на волчаночный антикоагулянт;
- повышение титра антифосфолипидных антител.

Недоказанные, но потенциальные факторы риска развития тромбофилии (кластер В) представлены следующими:

- повышением активности факторов II, VII, VIII, IX, XI, XIII свертывания, а также фактора Виллебранда;

- снижением активности протеина Z;
- дисфибриногенемией;
- не 0 группой крови;
- дефицитом XII фактора свертывания;
- дефицитом ингибитора пути тканевого фактора;
- повышением активности ингибитора активатора плазминогена 1-го типа;
- повышением активности тромбинактивируемого ингибитора фибринолиза.

Недоказанные, но возможные маркеры тромбофилии (кластер С):

- гиперхолестеринемия;
- гиперагрегационный синдром;
- гиперфибриногенемия;
- носительство множественных полиморфизмов системы гемостаза.

В современной отечественной литературе однозначно не доказано влияние отягощенного по тромбозам семейного анамнеза на риск развития первичных тромбозов у детей [5]. Существует мнение, что такое обследование может быть полезным, если в семейном анамнезе имеют место множественные спонтанные тромбозы у лиц молодого возраста [9, 10]. Но пока вопрос о применении генетического скрининга для проведения профилактической терапии является дискуссионным [8, 12, 21].

Согласно федеральным клиническим рекомендациям, все дети в РФ с тромбозом подлежат обследованию на носительство маркеров тромбофилии из кластера А [5]. Позиция основана на высоком риске повторных тромботических эпизодов, особенно при наличии у детей сопутствующей патологии.

Диагностика тромбофилий строится на четырёх принципах [5]:

1. обнаружении клинической картины, характерной для тромбозов различной локализации;
2. визуализации тромбоза с помощью инструментальных методов исследования;
3. нарушении гемостаза по данным лабораторной диагностики;
4. выявлении протромбогенных генетических мутаций.

Для улучшения диагностики и проведения своевременной терапии рассматриваются альтернативные лабораторные методики, которые не нашли отражения в федеральных клинических рекомендациях: исследование генетического статуса на носительство мутаций фактора PAI-I, который является одним из основных компонентов антисвертывающей системы крови и обеспечивает до 60% общей ингибиторной активности в отношении активатора плазминогена в плазме, играя важную роль в регуляции фибринолиза [19].

Накопление данных о клинических особенностях тромбофилии у больных с различным генетическим статусом позволяет прогнозировать риск повторных тромбозов и осложнений, опасных для здоровья и жизни пациентов.

Наличие наследственной тромбофилии у новорожденных с наследственной тромбофилией и отягощенным материнским анамнезом определяет вероятность гипоксического поражения центральной нервной системы и функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта [2, 4]. Основным провоцирующим фактором тромбоза сосудов конечностей, особенно нижних, у новорожденных и детей до 1 года является применение сосудистого доступа для лечения (до 94% от общего числа периферических тромбозов) [11, 14].

У гетерозиготных носителей патологического гена MTHFR отмечено повышение уровня гомоцистеина в крови вдвое, у гомозиготных – почти в 5 раз, уровни гомоцистеина иногда превышают 100 мкмоль/л [13], а также по данным Brüwer G. с соавт., риск сосудистых катастроф в бассейнах мозговых сосудов повышается примерно с 14 лет [6].

Дети с мутантным полиморфизмом гена MTHFR C677T представляют собой группу с наиболее тяжелым течением гемолитико-уремического синдрома – характерна большая длительность анемии, анурии, гиперазотемии, диализной терапии. При наличии нефротического синдрома вероятность развития инфаркта почки у пациентов с наследственной тромбофилией при наличии сниженного уровня протеина С возрастает в 38 раз [20]. Следовательно, оценка генетического статуса больных в рамках выявления маркеров тромбофилии может стать определяющим в клинических решениях и выборе терапии.

По мнению некоторых авторов, для тромбофилии характерен довольно высокий процент осложнений. Одной из возможных причин неблагоприятного исхода может являться тромбоэмболия легочных артерий [7]. Учитывая множество неопределенных вопросов наблюдения детей с первичной тромбофилией, сохраняет актуальность исследования данной темы.

Список литературы

1. Ваземиллер О. А. и др. Трудный диагноз: острый миокардит или ишемия миокарда у младенца с тромбофилией? Клинический случай // Вопросы современной педиатрии. – 2017. – Т. 16. – №. 1. – С. 54-58.
2. Жданова Л. В., Патрушев Л. И., Бимбаев А. Б.-Ж. Наследственные тромбофилии как риск развития ишемических инсультов у детей // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. – 2017. – №. 1. – С. 85-89.
3. Ильина А. Я. и др. Наследственная тромбофилия у детей грудного возраста. Особенности клиники, гемостаза и состояния глазного дна // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. 62. – №. 4. – С. 146-147.
4. Ильина А. Я. и др. Наследственная тромбофилия у новорождённых детей. Особенности перинатальных поражений ЦНС // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – Т. 61. – №. 4. – С. 161.
5. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Жарков П.А., Свиринов П.В. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению тромбозов у детей и подростков. Общественная организация Национальное общество детских гематологов, онкологов; ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России. – 2015. – 113.
6. Фазлиахметова А.Г., Богданов Э.И. Тромбофилия и инсульт // Практическая медицина. – 2016. – Т. 2. – №4 (96). С. 134-136.
7. Черепанова Л. А. и др. Результаты исследования генетических маркеров протромботических изменений у детей, обследованных в центрах здоровья // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №. 5. – С. 125-125.
8. Alulloska N., Janchevska S., Tasic V. Non catheter induced renal and inferior vena cava trombosis in a neonate: a case report // Open access Macedonian journal of medical sciences. – 2018. – Т. 6. – №. 9. – С. 1678. doi:10.3889/oamjms.2018.306.
9. Brüwer G. et al. Impact of high risk thrombophilia status on recurrence among children and adults with VTE: an observational multicenter cohort study // Blood Cells, Molecules, and Diseases. – 2016. – Т. 62. – С. 24-31.
10. Choi H. S. Venous thromboembolism in children // Clinical Pediatric Hematology-Oncology. – 2017. – Т. 24. – №. 1. – С. 1-10.
11. Connors J. M. Thrombophilia testing and venous thrombosis // New England Journal of Medicine. – 2017. – Т. 377. – №. 12. – С. 1177-1187. doi: 10.1056/NEJMra1700365
12. Curtis C. et al. Thrombophilia risk is not increased in children after perinatal stroke // Blood, The Journal of the American Society of Hematology. – 2017. – Т. 129. – №. 20. – С. 2793-2800.
13. Farahmand K. et al. Thrombophilic genes alterations as risk factor for recurrent pregnancy loss // The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2016. – Т. 29. – №. 8. – С. 1269-1273. doi: 10.3109/14767058.2015.1044431
14. Gavva C., Sarode R., Zia A. A clinical audit of thrombophilia testing in pediatric patients with acute thromboembolic events: impact on management // Blood advances. – 2017. – Т. 1. – №. 25. – С. 2386-2391.
15. Haley K. Pediatric Thrombosis // Hemostasis and Thrombosis. – Springer, Cham, 2019. – С. 215-222.
16. Ishiguro A. et al. Pediatric thromboembolism: a national survey in Japan // International journal of hematology. – 2017. – Т. 105. – №. 1. – С. 52-58.

17. Neshat-Vahid S. et al. Association of thrombophilia and catheter-associated thrombosis in children: a systematic review and meta-analysis //Journal of Thrombosis and Haemostasis. – 2016. – Т. 14. – №. 9. – С. 1749-1758
18. Nowak-Göttl U., van Ommen H., Kenet G. Thrombophilia testing in children: What and when should be tested? //Thrombosis research. – 2018. – Т. 164. – С. 75-78. doi:10.1016/j.thromres.2018.02.136
19. Margaglione M., Grandone E. La trombofilia in età pediatrica //INDICEN. 186. – 2017. – С. 150.
20. Raffini L. Pediatric Aspects of Thrombophilia //Consultative Hemostasis and Thrombosis. – 2019. – С. 266-272.
21. Zarrouk M. et al. Testing for thrombophilia in mesenteric venous thrombosis–Retrospective original study and systematic review //Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. – 2017. – Т. 31. – №. 1. – С. 39-48. doi:10.1016/j.bpg.2016.11.002

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 ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ СО СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Самусенков В.О., Пустынская А.И.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), г. Москва

Резюме: В настоящее время поиск новых методов лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов со съемными протезами является актуальным вопросом для врачей-стоматологов. В данной статье представлены результаты исследования эффективности выбора конструкционных материалов для перебазировки съемных протезов у пациентов с воспалительными заболеваниями полости рта в сочетании с фотодинамической терапией. Обоснована возможность применения «Ufi gel» (VOCO, Германия), «Soft-Liner» (GC, Япония), «Протакрил» (Стома, Украина) материалов.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, фотодинамическая терапия, пародонтопатогены, перебазировка, съемные протезы.

В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения за 2018 г., болезни тканей пародонта занимают второе место после кариеса зубов среди стоматологических заболеваний в Российской Федерации. Этиологической причиной заболеваний пародонтальных тканей считают характерный сдвиг субгингивального микробиома с преимуществом грамотрицательных видов бактерий над грамположительной флорой. В связи с бесконтрольным использованием антимикробных препаратов повышается количество устойчивых штаммов микроорганизмов, что затрудняет выбор адекватной антибиотикотерапии. Стоматологи находятся в постоянном поиске новых способов лечения заболеваний пародонта, и в качестве одного из наиболее эффективных рассматривается фотодинамическая терапия (ФДТ). Фотодинамическая терапия - это метод антибактериального лечения воспалительных заболеваний пародонта. ФДТ представляет собой использование видимого света определенной длины волны в сочетании с фотосенсибилизатором (ФС). В результате проведенного лечения с применением ФДТ и различных ортопедических шинирующих конструкций по данным литературы было получено достоверное улучшение клинической картины на протяжении всего контрольного срока наблюдения [Малазония Т.Т. с соавт., 2019].

В клинической практике врачей стоматологов-ортопедов зачастую встречаются пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта, являющиеся носителями съемных протезов. Одним из основных критериев выбора конструкционных материалов для перебазировки съемных протезов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта является степень адгезии пародонтопатогенных микроорганизмов к вышеназванным материалам.

Цель исследования - обосновать выбор конструкционных материалов для перебазировки съемных протезов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с фотодинамической терапией.

Материалы и методы: Для проведения исследования были отобраны пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта, имеющие съемные конструкции, в количестве 40 человек (22 женщины и 18 мужчин) в возрасте от 35 до 46 лет без выраженной соматической патологии. На основании данных клинико-лабораторной оценки больным были поставлены диагнозы: гингивит, пародонтит легкой, средней степени тяжести (МКБ 10: K05.0; K05.2).

Для лабораторных исследований *in vitro* с целью оценки первичной адгезии парадонтопатогенных микроорганизмов были выбраны следующие конструкционные материалы: «Ufi gel» (VOCO, Германия), «Soft-Liner» (GC, Япония), «Протакрил» (Стома, Украина), из которых готовили образцы в виде мазков из полости рта. Методом случайной выборки все пациенты были разделены на три равнозначные группы в зависимости от используемого конструкционного материала: I группа - «Ufi gel» (VOCO, Германия), II группа - «Soft-Liner» (GC, Япония), III группа - «Протакрил» (Стома, Украина).

С целью исследования влияния выбора конструкционных материалов для перебазировки съемных протезов было проведено клинико-лабораторное изучение образцов материалов с применением прибора FotoSan – 630 ([CMS Dental, Дания](#)) с длиной волны 625-635 нм при мощности 100 Дж/см². В качестве фотосенсибилизатора использовался FotoSan Agent LOW (низкая вязкость). После инкубации взятых образцов на них по известной стандартной методике наносили взвесь пародонтопатогенных микроорганизмов в концентрации 10⁷ КОЕ, экспозицию проводили в анаэробных условиях при температуре 37 С в течение 50 мин. Далее образцы материалов трехкратно промывали изотоническим раствором и помещали в емкости со стерильной средой. Впоследствии из каждой емкости с помощью микропипетки

брали 20 мкл среды АС и осуществляли количественный высев на 5% колумбийский кровяной гемин-агар для количественного учёта микробной обсеменённости. Степень микробной обсеменённости выражали через индекс, полученный при отношении десятичных логарифмов до и после эксперимента проведения адгезии [Царёв В.Н., 2019]. Для оценки влияния фотодинамического воздействия с фотосенсибилизатором FotoSan Agent LOW на этапе постановки эксперимента *in vitro* добавляли 100 мкл фотосенсибилизатора, инкубировали, обрабатывали фотодиодным источником различной продолжительности (от 10 до 60 сек). Культивирование бактерий также проводили в анаэробных условиях при температуре 37 С в течение 7 суток. Результаты обработаны статистически по Манну-Уитни (для $p \leq 0,05$).

Результаты клинко-лабораторных исследований: Выбор видов и штаммов микроорганизмов для экспериментального исследования определялся следующими факторами, полученными нами и другими исследователями ранее при проведении клинко-лабораторного обследования пациентов с ортопедическими конструкциями [Афанасьева В.В., Арутюнов Д.С., и др]. В этих работах, в частности, показано что из общего числа обследуемых была выявлена высокая частота встречаемости у генетических маркеров (ДНК) *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, что составляло 63,5%. Данный микроорганизм относится к пародонтопатогенам 1-го порядка и обнаруживается при всех формах заболевания тканей пародонта. Также высокую частоту выявления имел вид *Fusobacterium nucleatum*, генетические маркеры которого выделены в пародонтальном кармане в 58,3%. Частота встречаемости грибов *Candida albicans* у данных пациентов составила 38,9%. В связи с вышеизложенным было установлено, что манипуляции с применением фотодинамической терапии с использованием фотосенсибилизатора FotoSan Agent Low (на основе толуидинового синего), длиной волны 630 нм оказывают значительное снижение со временем увеличения экспозиции с 10 до 60 сек, что позволяет объяснить эффект ФДТ, полученный при лечении основного заболевания тканей пародонта. При оценке ситуации в динамике исследования через 6 и 12 месяцев, в исследуемых группах в процессе лечения с использованием ФДТ авторы отмечали статистически достоверную более благоприятную динамику практически всех контролируемых параметров.

Заключение: По данным проведенного клинко-микробиологического и экспериментального исследования можно сделать вывод, что основные представители пародонтопатогенной микрофлоры полости рта: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Fusobacterium nucleatum*, *Candida albicans* обладают значительной адгезионной способностью к некоторым конструкционным материалам, используемым для перебазировки зубных протезов. Минимальные значения индекса микробной адгезии выявлены у материала «Ufi gel» (VOCO, Германия), несколько выше - у материала Soft-Liner (GC, Япония), самый высокий показатель микробной адгезии - Протакрил (Стома, Украина). По данным мониторинга эффективности фотодинамического воздействия констатировать существенное снижение способности пародонтогенных микроорганизмов и дрожжевых грибов, которое коррелирует со временем воздействия

Таким образом, можно объяснить эффективность комплексного лечения пациентов с использованием фотодинамической терапии в сочетании с основными и дополнительными средствами гигиены, которое позволяет добиться прекращения обострений патологического процесса.

Список литературы:

1. Николенко Д.А., Утюж А.С., Царев В.Н., Юмашев А.В., Волчкова И.Р. Адгезия представителей патогенной микрофлоры полости рта к полиэфиркетну и другим материалам для изготовления временных коронок в эксперименте *in vitro*. - Клиническая стоматология. -2018; 2 (86).

2. Самусенков В.О., Царев В.Н., Подпорин М.С. Сравнительная оценка эффективности световой активации фотосенсибилизаторов при фотодинамической терапии пародонтита с использованием разной длины волны. *Стоматология для всех*. - 2019; №3(88): 4-9.
3. Самусенков В.О., Царев В.Н., Ипполитов Е.В., Подпорин М.С., Ильясова С.Т. Обоснование применения фотодинамической терапии в экспериментальных исследованиях *in vitro* со штаммами пародонтопатогенных бактерий и грибов *Candida*. *Стоматология для всех*. - 2019. - №2 (87). - С. 34-41.
4. Улащик В.С. Фотодинамическая терапия - технология XXI века // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. - 2013. - № 1. - С. 36-43.

**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 и перспективы развития
медицины.**

Выпуск VIII

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

г. Омск

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 10.05.2021.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 1,56
Тираж 250 экз. Заказ № 015.

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