

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



**Информационные технологии  
в медицине и фармакологии**

**Выпуск VIII**

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

**г. Ростов-на-Дону**

**2021 г.**

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

**Информационные технологии в медицине и фармакологии.** Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 8. г. Ростов-на-Дону. – НН: ИЦРОН, 2021. 41 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 «**Информационные технологии в медицине и фармакологии**», г. Ростов-на-Дону представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

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

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

## Оглавление

<b>СЕКЦИЯ №1.</b>	
<b>АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ</b> .....	7
<b>СЕКЦИЯ №2.</b>	
<b>АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА</b> .....	7
СПЕЦИФИКА ОБЩЕЙ АНАТОМИИ ГЛАЗНИЦЫ КАК ОДНОЙ ИЗ СТРУКТУР СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОЙ СТОРОНЫ ЧЕРЕПА	
Филиппова В.А., Супильников А.А. ....	7
<b>СЕКЦИЯ №3.</b>	
<b>АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №4.</b>	
<b>БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №5.</b>	
<b>ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №6.</b>	
<b>ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №7.</b>	
<b>ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №8.</b>	
<b>ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №9.</b>	
<b>ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №10.</b>	
<b>ГИГИЕНА</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №11.</b>	
<b>ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №12</b>	
<b>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №13</b>	
<b>ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №14</b>	
<b>КАРДИОЛОГИЯ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №15</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №16</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №17</b>	
<b>КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ</b> .....	10
<b>СЕКЦИЯ №18</b>	
<b>ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ</b> .....	11
<b>СЕКЦИЯ №19</b>	
<b>МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ</b> .....	11

<b>СЕКЦИЯ №20</b>	
<b>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ</b> .....	11
<b>СЕКЦИЯ №21</b>	
<b>МЕДИЦИНА ТРУДА</b> .....	11
<b>СЕКЦИЯ №22</b>	
<b>НАРКОЛОГИЯ</b> .....	11
<b>СЕКЦИЯ №23</b>	
<b>НЕЙРОХИРУРГИЯ</b> .....	11
<b>СЕКЦИЯ №24</b>	
<b>НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ</b> .....	11
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ВИЗУАЛЬНОЙ АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЫ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Свиридов С.В. ....	11
<b>СЕКЦИЯ №25</b>	
<b>НЕФРОЛОГИЯ</b> .....	14
<b>СЕКЦИЯ №26</b>	
<b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b> .....	14
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ОТКРЫТЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	
Палевская С.А., Касымжанова А.Т., Павлова О.Н. , Блашенцев М.К. ....	14
<b>СЕКЦИЯ №27</b>	
<b>ОНКОЛОГИЯ</b> .....	20
ПРОБЛЕМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ	
Чимитдоржиева Т.Н. ....	20
<b>СЕКЦИЯ №28</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ</b> .....	22
НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЫ В ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОМ ТРАКТЕ ЧЕЛОВЕКА	
Мелиева Ф.Ю., Мелиева З.Ю. ....	23
<b>СЕКЦИЯ №29</b>	
<b>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №30</b>	
<b>ПЕДИАТРИЯ</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №31</b>	
<b>ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №32</b>	
<b>ПСИХИАТРИЯ</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №33</b>	
<b>ПУЛЬМОНОЛОГИЯ</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №34</b>	
<b>РЕВМАТОЛОГИЯ</b> .....	27

<b>СЕКЦИЯ №35</b>	
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №36</b>	
<b>СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ</b> .....	27
<b>СЕКЦИЯ №37</b>	
<b>СТОМАТОЛОГИЯ</b> .....	28
<b>АНАЛИЗ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА     Г.СТАВРОПОЛЯ О МЕТОДАХ И СРЕДСТВАХ ПРОФИЛАКТИКИ     СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА</b>	
Болдырева А.А., Досаева О.Ю., Жедрина Я.Н. ....	28
<b>СЕКЦИЯ №38</b>	
<b>СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА</b> .....	32
<b>СЕКЦИЯ №39</b>	
<b>ТОКСИКОЛОГИЯ</b> .....	32
<b>СЕКЦИЯ №40</b>	
<b>ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ</b> .....	32
<b>ИМПЛАНТАТЫ ДЛЯ ОДНОЭТАПНОЙ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ С     МЕХАНОБИОЛОГИЧЕСКИМ СТИМУЛИРОВАНИЕМ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ</b>	
Кузнецов В.П., Еманов А.А., Горгоц В.Г. ....	32
<b>СЕКЦИЯ №41</b>	
<b>ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ</b> .....	33
<b>СЕКЦИЯ №42</b>	
<b>УРОЛОГИЯ</b> .....	33
<b>СЕКЦИЯ №43</b>	
<b>ФТИЗИАТРИЯ</b> .....	33
<b>СЕКЦИЯ №44</b>	
<b>ХИРУРГИЯ</b> .....	33
<b>ВЛИЯНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА     НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ</b>	
Поборский А.Н., Асутаев Ш.Д. ....	33
<b>СЕКЦИЯ №45</b>	
<b>ЭНДОКРИНОЛОГИЯ</b> .....	35
<b>СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫМИ СД 2 ТИПА</b>	
Демичева Т.П. ....	35
<b>СЕКЦИЯ №46</b>	
<b>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ</b> .....	37
<b>СЕКЦИЯ №47</b>	
<b>АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА</b> .....	37
<b>СЕКЦИЯ №48</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА</b> .....	37
<b>СЕКЦИЯ №49</b>	
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ АРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА</b> .....	37
<b>СЕКЦИЯ №50</b>	
<b>ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ</b> .....	37

<b>СЕКЦИЯ №51</b>	
<b>ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ.....</b>	<b>38</b>
<b>СЕКЦИЯ №52</b>	
<b>ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ .....</b>	<b>38</b>
<b>СЕКЦИЯ №53</b>	
<b>ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ.....</b>	<b>38</b>
<b>ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2021 ГОД.....</b>	<b>39</b>

## **СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

## **СЕКЦИЯ №2. АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА**

### **СПЕЦИФИКА ОБЩЕЙ АНАТОМИИ ГЛАЗНИЦЫ КАК ОДНОЙ ИЗ СТРУКТУР СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОЙ СТОРОНЫ ЧЕРЕПА**

**Филиппова В.А., Супильников А.А.**

Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет  
«Реавиз» г. Самара

Содержимое глазницы представлено глазным яблоком с его оболочками, связочным аппаратом, мышцами, сосудами, нервами, жировой клетчаткой и слезным аппаратом [5].

Глазница имеет форму четырехсторонней пирамиды. Ширина глазницы составляет примерно 37-47 мм, высота – 32-36 мм. Полость глазницы открывается широким входом в глазницу, который является как бы основанием пирамиды. Вход в глазницу ограничен глазничным краем. У глазничного края различают верхнюю часть – надглазничный край, нижнюю часть – подглазничный край, латеральный и медиальный края. У надглазничного края, на границе между медиальной и средней третями, имеется надглазничное отверстие (вырезка), в котором проходят подглазничные артерия, вена и нерв. Кзади полость глазницы постепенно сужается. Продольные оси правой и левой глазниц, проведенные кзади от середины входа в глазницу, сходятся в области турецкого седла. Глазница медиально граничит с носовой полостью, сверху – с передней черепной ямкой, латерально – с височной ямкой, внизу – с верхнечелюстной пазухой [8].

У глазницы имеются верхняя, нижняя, латеральная и медиальная стенки. Верхняя стенка, или крыша глазницы, образована глазничной частью лобной кости и малым крылом клиновидной кости сзади. Эта стенка отделяет глазницу от лобной пазухи и передней черепной ямки. В латеральном углу верхней стенки находится ямка слезной железы глубиной 4-5 мм; нижняя стенка глазницы сформирована глазничными поверхностями верхней челюсти и скуловой кости, а также глазничным отростком небной кости [6].

Нижняя стенка имеет продольно расположенную подглазничную борозду, переходящую кпереди в подглазничный канал. В нем проходят подглазничные сосуды и нерв. В канале имеются отверстия для верхних альвеолярных сосудов и нервов; медиальная стенка глазницы образована лобным отростком верхней челюсти, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости, телом клиновидной кости.

В переднем отделе медиальной стенки глазницы находится слезная борозда. Вверху медиальная стенка дополняется глазничной частью лобной кости, ее медиальным отделом. Книзу в переднем отделе медиальной стенки расположен носослезный канал длиной 15-16 мм, открывающийся в нижний носовой ход. Кверху от отверстия носослезного канала расположена ямка слезного мешка, которую ограничивают задний слезный гребень слезной кости и передний слезный гребень лобного отростка верхней челюсти. Высота ямки в среднем составляет 16-17 мм, передне-задний размер – 8-9мм. С медиальной (внутренней) стороны к ямке слезного мешка прилегают ячейки решетчатой кости, передненижняя часть ямки свободна и граничит с полостью носа. Кзади и кверху от ямки слезного мешка, в шве между лобной костью и глазничной пластинкой решетчатой кости, имеются переднее и заднее решетчатые отверстия.

Переднее решетчатое отверстие расположено у переднего конца лобно-решетчатого шва, заднее решетчатое отверстие – вблизи заднего конца этого шва. Переднее решетчатое отверстие находится на расстоянии 20 мм от медиального края глазницы, заднее – на расстоянии 30 мм. Отверстия содержат одноименные ветви

носоресничного нерва глазной артерии; латеральная стенка глазницы образована глазничными поверхностями большого крыла клиновидной кости и лобного отростка скуловой кости, а также небольшим участком скулового отростка лобной кости [8].

Между латеральной и верхней стенками расположена верхняя глазничная щель, ведущая в среднюю черепную ямку. Через верхнюю глазничную щель проходят глазничная ветвь средней менингеальной артерии, слезный, блоковый, глазодвигательный нервы, верхняя глазная вена. Нижняя глазничная щель находится между латеральной и нижней стенками глазницы, соединяет глазницу с крыловидно-небной и подвисочной ямками и доходит спереди до скуловой кости.

Нижняя глазничная щель длиннее верхней в полтора раза и расширена у наружного конца. Большая часть нижней глазничной щели заполнена соединительной тканью и покрыта надкостницей. Через нижнюю глазничную щель в сторону глазницы проходят скуловой нерв, подглазничные артерии и нерв, а из глазницы выходит нижняя глазничная вена, впадающая в крыловидное венозное сплетение.

На латеральной стенке глазницы, в области глазничной поверхности скуловой кости, находится скулоглазничное отверстие, в которое входит скуловой нерв. Это отверстие ведет в канал, который раздваивается и заканчивается скулолицевым отверстием на латеральной поверхности скуловой кости и скуловисочным отверстием – на височной ее поверхности. Все стенки глазницы кзади сходятся у зрительного канала [1].

Д.С. Горбачев исследовал черепа стереотопометрическим методом в трех взаимоперпендикулярных плоскостях [3]. Им был сделан вывод о том, что конфигурация глазницы на поперечных срезах в ее передней половине приближается к округлой форме. Углы между отдельными стенками глазницы сглажены, одна стенка плавно переходит в другую. По его мнению, внутренняя и наружная стенки глазницы приобретают отлого-сходящееся направление примерно на уровне середины глубины глазницы, в результате чего на этой глубине они сходятся, и глазницу представляют уже не четыре, а три стенки.

М.П. Кириллова проводила исследование 100 паспортизированных черепов взрослых людей с целью изучения морфометрических характеристик и пространственной организации входа в глазницу в системе лицевого черепа у взрослых людей с учетом типовых и половых его особенностей строения [4]. Проведенное исследование показало значительную вариабельность форм, размеров и пространственных организаций входа в глазницу и наличие признаков полового деморфизма.

Жировая клетчатка глазницы выполняет амортизирующую функцию при механическом ее повреждении. По направлению к вершине глазницы объем жировой клетчатки уменьшается, в связи с чем между мышцами и надкостницей в вершине глазницы жировая прослойка отсутствует и мышцы прилегают непосредственно к стенкам глазницы. По структуре жировая клетчатка делится на парабульбарную и ретробульбарную. Вороночный жир располагается в ретробульбарном пространстве тенонового пространства. Парабульбарная клетчатка располагается между мышечной воронкой и стенками глазницы. Она более плотная, имеет соединительные перемычки. Жировой мешочек верхнего века и его расположение определяет функцию верхнего века, его форму и внешний вид пациента с повреждением глазницы.

Движение глазного яблока происходит вокруг трех осей: горизонтальной, вертикальной и сагиттальной, и обеспечивается глазодвигательными мышцами. Мышцы расположены внутри глазницы и крепятся к глазному яблоку. Их сокращение поворачивает глазное яблоко, направляя взгляд в соответствующую сторону. Движение глазного яблока обеспечивается шестью мышцами: наружная и внутренняя прямые, верхняя и нижняя прямые, верхняя и нижняя косые. Все мышцы, кроме нижней косой, берут свое начало от фиброзного кольца, которое окружает зрительный нерв, находящийся в глубине глазницы. Наружная прямая

мышца прикрепляется к латеральной стенке глазного яблока, внутренняя прямая – к медиальной, нижняя прямая, нижняя косая – к нижней стенке глазного яблока, а верхняя прямая и верхняя косая – к верхней. Функционально наружная прямая мышца отвечает за отведение глазного яблока латерально, внутренняя прямая – за приведение глазного яблока медиально, нижняя прямая и нижняя косая – за опускание глазного яблока и легкое его отведение наружу, верхняя прямая и верхняя косая поднимают глазное яблоко. Самой мощной мышцей является внутренняя прямая, затем наружная прямая, нижняя прямая, верхняя прямая, затем верхняя косая и самая тонкая - нижняя косая.

Латеральная прямая мышца иннервируется отводящим нервом, верхняя косая мышца – блоковым нервом. В иннервации остальных мышц участвует глазодвигательный нерв. Глазодвигательный нерв входит в глазницу через верхнюю глазничную щель, проходит ниже блокового, лобного и слезного нервов. Он делится на две ветви, проходя между двумя сухожильными растяжениями латеральной прямой мышцы: верхнюю, идущую над зрительным нервом, и нижнюю, идущую под зрительным нервом. Блоковый нерв также выходит через верхнюю глазничную щель, пересекает глазодвигательный и идет над сухожильными мышцами, поднимающими верхнее веко, медиально к верхней косой мышце. Отводящий нерв проходит в латеральных отделах верхней глазничной щели. Зрительный нерв принимает раздражение, исходящее из окружающей среды. Вместе с глазной артерией зрительный нерв выходит в глазницу через зрительный канал [2].

Таким образом, глазница, глазное яблоко, глазодвигательные мышцы и сосуды, их иннервирующие, составляют сложный анатомический комплекс. В связи с этим при реконструкции стенок глазницы необходимо привлечение специалистов разных специальностей: челюстно-лицевых хирургов, офтальмологов, нейрохирургов, неврологов, оториноларингологов. Несмотря на наличие большого количества работ по морфологии глазницы до настоящего времени мало изучено прикладное значение анатомо-топометрических характеристик структур стенок глазницы.

#### **Список литературы:**

1. Билич Г.Л., Николенко В.Н. Атлас анатомии человека: в 3-х т. Т.1 : учебное пособие / Г.Л.Билич, В.Н.Николенко. –Ростов н/Д: Феникс, 2014. –488 с.
2. Бочкарева А.А. Глазные болезни: учебник / А.А.Бочкарева, Т.И.Ерошевский, А.П.Нестеров. - М.: Медицина, 1989. –414 с.
3. Горбачев Д.С. Краниометрическая характеристика глазницы и анатомотопографические взаимоотношения некоторых анатомических структур глазничного органокомплекса. автореф. дис. .... канд. мед. наук / Д.С. Горбачев. – СПб. –1998. –19 с.
4. Кирилова М.П. Морфометрические характеристики и пространственная организация входа в глазницу у взрослого человека. автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.03.01 / Кириллова Мария Петровна, Спб.,2014. – 20 с.
5. Михайлов С.С. Анатомия человека: учебник / С.С.Михайлов, Л.Л.Колесников, В.С.Братанов, Ю.В.Гренадеров –М:«Медицина», 1999. –С.38.
6. Пуцилло М.В. Нейрохирургическая анатомия: атлас: Т.1 / М.В. Пуцилло, А.Г. Винокуров, А.И. Белов. – М.: Антидор, 2002. –206 с.
7. Сапин М.Р. Анатомия человека: учебник: В 3т. Т.1 / М.Р.Сапин, В.Н.Николенко, Д.Б.Никитюк, С.В.Чава: под ред. М.Р.Сапина –М:ГЭОТАР– Медиа, 2015. –304 с.

8. Сперанский В.С Размеры и формы глазниц и их соотношение с размерами формами мозгового и лицевого отделов черепа / В.С.Сперанский, Т.М.Загоровская // Морфология. 1996. –Т. 109, Вып. 3. – С.52–54.

**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**

**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**

**ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ВИЗУАЛЬНОЙ АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЫ В  
ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Свиридов С.В.**

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,  
АО «Группа компаний «МЕДСи» поликлиника МЕДСи, Москва, Россия

Обычно в нашей жизни каждый человек периодически испытывает боль. Именно она, чаще всего, заставляет человека обращаться за медицинской помощью. Боль - физиологический феномен, информирующий нас о вредных воздействиях, повреждающих или представляющих потенциальную опасность для организма. Боль - это субъективное восприятие, возникающее в результате трансдукции, трансмиссии и модуляции сенсорной стимуляции, преломленное через «фильтр» генетических особенностей индивидуума и предшествующего опыта. Это восприятие претерпевает дальнейшие изменения под действием физиологического состояния человека, его представлений, ожиданий, настроения в данный момент и социокультурного окружения - собственный нейроматрикс организма [1].

ВАШ боли – это одномерный показатель интенсивности боли, который широко используется в различных взрослых популяциях [2], в том числе в практической медицинской деятельности с целью определения степени боли у пациента на приёме у невролога, в рефлексотерапии, в мануальной терапии и остеопатии, в гирудотерапии и др. где должна использоваться простая в применении и лёгкая в обработке шкала. Цель работы: освещение визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в современных условиях. Во врачебной деятельности используются числовая рейтинговая шкала боли (Numeric Rating Scale for pain), визуальная аналоговая шкала (ВАШ), линейная шкала интенсивности боли, лицевая шкала [3]. Обычно эти шкалы объединяются в единую визуальную шкалу с различными вариациями дизайнерского творчества (Фото 1,2,3). Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) применяется для субъективной оценки пациентами степени боли, дискомфорта, а также качества жизни. Во время диагностики только методикой ВАШ

предлагалось пациенту разместить линию, перпендикулярно пересекающую ВАШ в точке, которая соответствует его интенсивности боли. С помощью линейки измерялось расстояние в мм между «отсутствием боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить», обеспечивая диапазон оценок от 0 до 100. Более высокий балл указывает на большую интенсивность боли. Числовая рейтинговая шкала, для определения интенсивности боли, является цифровой версией ВАШ. Она представляет собой горизонтальную линию длиной 10 см с расположенными над ней цифрами от 0 до 10, где 0 – «отсутствие боли», 5 – «умеренная боль» и 10 – «сильнейшая боль, какую можно только представить» или «нестерпимая боль».



Фото 1



Фото 2



Фото 3

Методика числовой рейтинговой шкалы может применяться как в устной форме (следовательно, возможна передача по телефону, через различные мессенджеры, видео связь, прекрасно работает через сеансы телемедицины), так и в графическом виде, что является несомненным преимуществом. Во время тестирования пациента просят выбрать число от 0 до 10, что соответствует его болевым ощущениям. Интерпретация результатов занимает менее минуты времени.

Модифицированная лицевая шкала состоит из 6 лиц, каждое из которых изображает эмоцию, соответствующую описанию боли по вербальной рейтинговой шкале. Она используется для оценки интенсивности болевого синдрома у детей, при деменции, а также у пожилых пациентов с когнитивными нарушениями испытывающими трудности с пониманием и, следовательно, заполнением шкалы. Перед тем, как пациент укажет лицо, отображающее степень боли, ему нужно объяснить картинку. Фраза строится примерно таким образом: «Смотрите у первого человечка ничего не болит, и он улыбается, а дальше показаны люди, которые чувствуют боль и с каждым разом все сильнее. Самый правый человечек ужасно мучается от боли и плачет. Покажите какую боль чувствуете вы».

Дизайнерское оформление ВАШ от бирюзового до темного красного, предполагает ассоциацию выраженности боли с цветом. Цвет также помогает пациенту выбрать точный уровень ощущаемого дискомфорта. Большинство современных методик с применением цвета для определения уровня боли базируется на ранжировании цветов по степени приятности. Испытуемому предлагают шкалу цветов, на которой он выбирает самый приятный и/или самый неприятный цвет, в зависимости от уровня болевых ощущений. Как правило, это от спокойного благоприятного зеленого или бирюзового цвета до темного красного, который ассоциируется у большинства людей с сильной болью, которую невозможно терпеть. Подобный дизайн помогает пациенту наиболее точно определить свое состояние. Цветовая гамма может широко использоваться в определении психогенной боли (в основе лежат психологические причины) или соматогенной (боль вызвана физическими факторами), где пациенту крайне тяжело объяснить свои болевые ощущения. Толковать результаты подобного тестирования довольно проблематично, ведь у каждого из цветов может быть довольно много значений. Поэтому для более точного результата, пациенту нужно предложить описать свои собственные цветовые ассоциации с болью. Как видно из фото, цветовая гамма шкалы так же помогает пациентам, особенно детям быстрее сориентироваться в определении степени своей боли.

Сведенные результаты показывают довольно точную картину.

Для объективизации боли в практической деятельности мною использовалась шкала ВАШ на неврологическом приёме у 56 пациентов с болью, до назначения лечения и через две недели после медикаментозного лечения. В рефлексотерапии интенсивность боли по шкале измерялась у 500 пациентов до сеансов иглорефлексотерапии, на 5 сеансе и после окончания лечения после 10 процедуры. У 12 пациентов интенсивность боли по ВАШ определялось до и после сеанса мануальной терапии и остеопатии. При лечении методом гирудотерапии (8 пациентов) интенсивность боли по шкале определялось до сеанса и через неделю после сеанса постановки пиявок. Простота в использовании, приемлимость и надёжность ( $P < 0,001$ ) позволила многосторонне использовать данную шкалу. Использование данного подхода повышает вероятность назначения правильного лечения.

#### Выводы:

Шкалы ВАШ является универсальной для врачей различных специальностей. Мною апробирована шкала в неврологии, рефлексотерапии, мануальной терапии и остеопатии, а также в гирудотерапии. ВАШ продемонстрировала чувствительность к изменениям боли и прекрасно подходит для определению степени эффективности лечения, особенно в условиях ограниченного времени на приём пациента.

Шкала ВАШ не требует обучения и не является проблемной для пациентов. Однако некоторые пациенты, в том числе пожилые с когнитивными нарушениями могут испытывать трудности с пониманием и как следствие, с заполнением шкалы, однако контроль во время заполнения шкалы сводит к минимуму эти ошибки.

Шкала ВАШ помогает объективизировать степень боли, следовательно, помогает врачу получить информацию о характеристиках и уровне боли и о том насколько боль влияет на повседневную жизнь человека. Это влияет на эффективность обезболивания и адекватность выбранного лечения.

#### **Литература:**

1. Данилов А.Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль // Российский журнал боли. - 2010. - № 1 (26). - С. 3-7.
2. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain

Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP) // Arthritis Care Res (Hoboken). – 2011. – Vol. 63 (Suppl 11). - S 240–252. DOI: 10.1002/acr.20543.

3. Sung Y.T., Wu J.S. The Visual Analogue Scale for Rating, Ranking and Paired-Comparison (VAS-RRP): A new technique for psychological measurement // Behav. Res. Methods. – 2018. – Vol. 50 (4). - P. 1694-1715. DOI: 10.3758/s13428-018-1041-8.

## **СЕКЦИЯ №25 НЕФРОЛОГИЯ**

## **СЕКЦИЯ №26 ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ОТКРЫТЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**Палевская С.А.<sup>1,2</sup>, Касымжанова А.Т.<sup>1</sup>, Павлова О.Н.<sup>2</sup>, Блащенко М.К.<sup>2</sup>**

1 – ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им.

Н.А.Семашко»

2 – ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

**Введение.** На хронические неинфекционные заболевания (далее - НИЗ) приходится почти 60% глобальной смертности, а 80% смертей от НИЗ происходят в странах с низким и средним уровнем доходов. Четверть этих смертей - почти 9 миллионов (в 2005 году) приходилось на мужчин и женщин в возрасте до 60 лет. Взятые вместе, НИЗ представляют собой единственную крупнейшую причину смертности людей трудоспособного возраста в мире, и их заболеваемость среди более молодого возраста значительно выше в бедных странах мира, чем в богатых.

Основными причинами смертности, связанной с НИЗ, являются сердечно-сосудистые заболевания (30% общей смертности в мире), рак (13%), хронические респираторные заболевания (7%) и диабет (2%). На развитие этих состояний оказывают влияние такие поведенческие факторы риска как диета с высоким содержанием насыщенных жиров и низким содержанием свежих фруктов и овощей, отсутствие физической активности, курение табака и избыток алкоголя (1).

**Материал и методы.** Исследование выполнено путем анализа статистических материалов о деятельности организаций здравоохранения и показатели здоровья населения Республики Казахстан за период 2015 – 2019 гг. (2).

Анализировали следующие показатели здоровья населения: общая заболеваемость и заболеваемость населения с впервые выявленным диагнозом по классам болезней, зарегистрированных в лечебно-профилактических организациях на 100 000 соответствующего населения, показатели смертности по основным классам причин смерти, ожидаемая продолжительность жизни при рождении и др.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Численность населения республики Казахстан на 01.01.2017 года составляла 17918.2 тыс. человек, в том числе городское население - 10280.7 тыс. человек, сельское - 7637.5 тыс. человек.

Основные демографические показатели характеризовались (таблица 1) за период с 2015 по 2019 гг. ростом общей численности населения республики с 17918.2 тыс. чел. в 2016 году до 18 631.8 тыс. чел.,

снижением рождаемости с 22.69 на 1000 человек населения (2016) до 21.73 (2019), снижением общей смертности с 7.47 (2016) до 7.19 (2019), сокращением естественного прироста населения с 15.22 (2016) до 14.54 (2019).

Таблица 1

*Основные демографические показатели республики Казахстан (2015 – 2019 гг)*

Показатель	Численность населения (тыс. чел.)	Рождаемость на 1000 чел. населения	Смертность на 1000 чел. населения	Естественный прирост на 1000 чел. населения	Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми
<b>2015</b>					
Всего	-	22.69	7.47	15.22	9.37
Город	-	22.63	7.77	14.86	9.6
Село	-	22.77	7.08	15.69	9.07
<b>2016</b>					
Всего	17918.2	22.52	7.37	15.15	8.59
Город	10280.7	22.58	7.67	14.91	8.45
Село	7637.5	22.43	6.99	15.44	8.77
<b>2017</b>					
Всего	18157.1	21.64	7.15	14.48	7.93
Город	10426.4	21.95	7.40	14.54	7.48
Село	7730.7	21.22	6.82	14.40	8.55
<b>2018</b>					
Всего	18395.6	21.77	7.14	14.63	8.03
Город	10698.2	22.16	7.47	14.69	7.90
Село	7697.4	21.22	6.68	14.54	8.21
<b>2019</b>					
Всего	18 631.8	21.73	7.19	14.54	8.37
Город	10 938.6	22.09	7.53	14.56	8.61
Село	7 693.1	21.22	6.72	14.50	8.00

Отдельно анализировали показатель смертности детей до 5 лет (на 1000 родившихся живыми) (Рис.1). Этот показатель имел тенденцию к снижению с 2010 по 2018 гг. с небольшим ростом в 2019 году.



Рис.1. Смертность детей до 5 лет на 1000 родившихся живыми

Показатели смертности по основным классам причин смерти на 100 000 населения были следующими (таблица 2): отмечалось снижение смертности от злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, разнонаправленные изменения показателя заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями.

Таблица 2

Показатели смертности по основным классам причин смерти

	2015	2016	2017	2018	2019
Злокачественные новообразования	92.0	88.16	83.9	80.81	79.30
Болезни системы кровообращения	193.8	178.92	174.83	167.28	163.14
Болезни органов пищеварения	74.3	70.95	64.25	62.75	64.10
Болезни органов дыхания	105.0	102.12	92.22	86.92	87.89
Несчастные случаи, травмы и отравления	82.5	75.05	69.38	66.59	65.35
Инфекционные и паразитарные болезни	8.6	7.78	7.82	7.26	7.36

В структуре показателей смертности по основным классам причин смерти наибольший удельный вес имели показатели смерти от болезней системы кровообращения (193,8 – 163,14), болезней органов дыхания (105,0 – 64,10) и злокачественных новообразований (92,0 – 79,3), хотя эти показатели имели тенденцию к снижению.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении имела тенденцию к росту (рис.2).

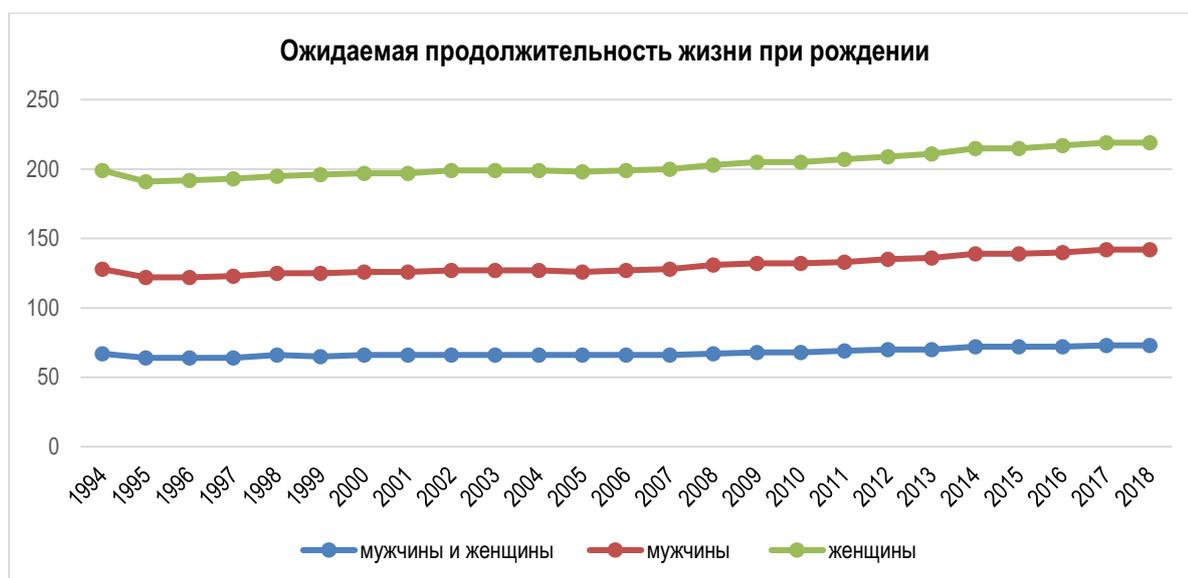


Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (1994 – 2018 гг.).

Исследование общей заболеваемости населения по классам болезней, зарегистрированных в лечебно-профилактических организациях, включало анализ показателей заболеваемости новообразованиями, эндокринными заболеваниями, болезнями системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, заболевания от воздействия внешних причин (таблица 3).

Таблица 3

*Общая заболеваемость населения по классам болезней на 100 000 человек населения*

Классы болезней	2015	2016	2017	2018	2019
Новообразования	1685,8	1873,3	2128,9	2251,7	2333,0
Эндокринные болезни, расстройства питания, нарушения обмена веществ	4232,7	4578,0	4770,4	4680,6	4866,4
Болезни системы кровообращения	14223,8	15473,4	16360,6	16398,0	16982,9
Болезни органов дыхания	28362,9	29372,5	28953,1	28390,6	28076,4
Болезни органов пищеварения	8111,3	8802,1	8851,8	8471,6	8316,3
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	3304,7	3471,0	3422,5	3001,7	2942,3

Заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом представлена в таблице 5.

Таблица 5

*Заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом на 100 000 населения*

Классы болезней	2015	2016	2017	2018	2019
Новообразования	563,4	621,6	891,7	747,9	703,4
Эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ	875,9	956,2	968,3	956,5	969,9
Болезни системы кровообращения	2429,7	2592,5	3604,8	2755,4	2811,7
Болезни органов дыхания	22018,8	24706,1	10256,0	24321,3	23243,7
Болезни органов пищеварения	3840,1	4227,5	3032,3	4318,9	4217,6
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	3270,4	3442,2	3390,4	2974,7	2920,3

Согласно результатам исследования, отмечаются следующие тренды: рост общей и впервые выявленной заболеваемости новообразованиями (на 100 000 населения) (рис.3.); рост общей заболеваемости болезнями системы кровообращения, число больных с впервые установленным заболеванием росло в период с 2015 по 2017 с последующим снижением в 2018 и 2019 гг (рис.4); рост общей и впервые выявленной заболеваемости эндокринными болезнями, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ (рис.5).



Рис.3. Динамика общей и впервые выявленной заболеваемости новообразованиями в расчете на 100 000 населения.



Рис. 4 Динамика общей и впервые выявленной заболеваемости болезнями системы кровообращения в расчете на 100 000 населения.



Рис.5. Динамика общей и впервые выявленной заболеваемости эндокринными болезнями, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ в расчете на 100 000 населения.

В структуре общей заболеваемости населения по классам болезней в расчете на 100 000 человек населения наибольший удельный вес имели болезни системы кровообращения, дыхания, пищеварения и эндокринные заболевания (рис.6.)



Таким образом, анализ статистических показателей здоровья населения показал, что в структуре причин смертности от НИЗ, болезни системы кровообращения составляют 35%, болезни органов дыхания 18%, злокачественные новообразования – 17%, болезни органов пищеварения – 14%.

#### Список литературы

1. N. Unwin & K. G. M. M. Alberti (2006) Chronic non-communicable diseases, *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, 100:5-6, 455-464.

2. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2>

## СЕКЦИЯ №27 ОНКОЛОГИЯ

### ПРОБЛЕМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Чимитдоржиева Т.Н.

Медицинский институт Бурятского государственного университета имени Доржи Банзарова, г. Улан-Удэ

Ежегодно в мире регистрируется более 10,9 млн новых случаев рака, из них около 850 тыс. приходится на заболевания женских половых органов. Рак шейки матки (РШМ) остается проблемой здравоохранения мирового масштаба. Рост заболеваемости и смертности от РШМ в мире выводят данную проблему в разряд приоритетных. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения, РШМ остается одной из наиболее распространенных форм новообразований в женской репродуктивной сфере, занимая 2-е место в структуре ЗНО женских репродуктивных органов после рака молочной железы (РМЖ) [Эпидем. аспекты..., 2014; Cancer Incidence and, 2018; Wiebe, E., 2012].

Целью работы было проанализировать степень заболеваемости женщин РШМ по республике в целом и по муниципалитетам за 2007 по 2019 годы в интенсивных и стандартизованных показателях на 100 000 человек ( $^{0}/_{0000}$ ) в сравнении с таковой по РФ.

В структуре ЗНО женского населения России опухоли шейки матки до 2015 г. устойчиво занимали 6-е ранговое место после рака молочной железы, кожи, тела матки, ободочной кишки и рака желудка; в 2015 г. РШМ переместился на 5-е место, заняв его вместе с раком желудка, а с 2016 г. и до настоящего времени стабильно занимает 5-е место, на его долю приходится 5,2%. За 20 лет (2000–2018 гг.) абсолютное число вновь выявленных больных цервикальным раком в России стало больше на 44,8 %; число умерших от данной патологии за этот период увеличилось на 1,8. Стандартизованный показатель (СП) заболеваемости РШМ за этот период по РФ увеличился на 41,1% с  $11,2 \pm 0,1$  (2000 г.) до  $15,8 \pm 0,1$  (2018 г) случаев на 100 тыс. населения ( $^{0}/_{0000}$ ), стандартизованный показатель смертности свидетельствует о стабильной ситуации –  $5,1 \pm 0,1^{0}/_{0000}$  (2000 и 2018 гг.) [Чиссов, Каприн].

Для регионов Сибири и Дальнего Востока, занимающих 66,1% территории России, где проживает более 13,6 млн. женщин, исследование сложившейся онкоэпидемиологической ситуации, характеризующейся сравнительно высокой заболеваемостью цервикальным раком, представляет собой актуальную проблему. Поэтому изучение эпидемиологии злокачественных новообразований шейки матки в данном регионе представляет особый интерес, поскольку решение проблемы снижения уровня заболеваемости и смертности нуждается в глубоком анализе особенностей распространения злокачественных новообразований.

Наряду с изучением общемировых тенденций в развитии онкологической ситуации определенную роль играет региональная специфика, которая включает совокупность факторов, связанных как с внешней средой, так и с социально-биологическими характеристиками популяций. Оценка факторов внешней среды и их взаимодействие дает возможность определить общие закономерности возникновения опухолей в каждом конкретном случае.

Бурятия, с ее неоднородным и своеобразным населением (переселенцы, из других частей страны, разнообразие коренных этнических групп, а также смешанные браки между разными национальностями), с широким спектром климатических и биогеохимических условий, с необычной, и даже уникальной, демографической обстановкой является актуальным регионом для проведения онкоэпидемиологических исследований. Частота встречаемости рака шейки матки среди представителей различных этнотерриториальных групп неодинакова. Злокачественные опухоли шейки матки занимают ведущие позиции в определении уровня временной и стойкой утраты трудоспособности, сокращают среднюю продолжительность жизни женского населения, наносят невосполнимый экономический ущерб обществу. Своевременность диагностики РШМ обуславливает выявление предопухолевых заболеваний на его ранних стадиях и соответственно провести профилактические мероприятия вследствие того, что болезнь визуально определяемая и почти всегда излечимая.

На различных территориях складывается собственная канцерогенная ситуация, это диктует необходимость регионального подхода к разработке мероприятий по профилактике рака в Бурятии, опирающихся, во-первых, на знание роли различных факторов в этиопатогенезе и, во-вторых, на оценку степени влияния этих факторов на заболеваемость.

В Республике Бурятия за 2007–2019 гг. было зарегистрировано 2 296 новых случаев РШМ. Средний «грубый» показатель заболеваемости цервикальным раком составил  $34,5 \pm 2,9$  ‰, стандартизованный –  $27,5 \pm 2,3$  ‰ (табл.). Среднегодовой прирост заболеваемости женского населения РШМ составил по Бурятии 4,8%, тогда как по РФ всего 1,8%, то есть заболеваемость по республике значительно выше. Таковое наблюдалось и по округам: Дальневосточному и Сибирскому (Чимитдоржиева, 2020, 2021).

Таблица – Динамика показателей заболеваемости женщин Республики Бурятия раком шейки матки за 2007–2019 гг., ‰

Год	Абсолютное число	Республика Бурятия		РФ
		ИП	СП	СП
2007	145	28,6	22,8±2,0	12,5±0,1
2008	142	28,0	22,9±2,0	12,8±0,1
2009	120	23,6	18,7±1,8	13,4±0,1
2010	96	18,9	15,6±1,6	13,7±0,1
2011	136	26,7	21,1±1,9	13,7±0,1
2012	122	23,9	18,9±1,8	13,9±0,1
2013	200	39,2	31,3±2,3	14,2±0,1
2014	185	36,2	27,8±2,1	14,5±0,1
2015	198	38,6	29,9±2,2	15,0±0,1
2016	191	37,1	30,0±2,3	15,5±0,1
2017	270	52,4	42,6±2,7	15,8±0,1
2018	231	44,9	35,6±2,4	15,8±0,1
2019	260	50,5	39,9±2,6	15,4±0,1
2007–2019	2296	34,5±2,9	27,5±2,3	14,3±0,1
Прирост с 2007 по 2019 гг., %		76,6	75,0	23,2
Среднегодовой темп прироста с 2007 по 2019гг., %		4,9	4,8	1,8
По прогнозу в 2024 г., ‰			45,4	

Из таблицы видно, что, начиная с 2007 г по 2019 г, заболеваемость РШМ постоянно росла. А за последние 10 лет (2011–2020 гг.) в муниципальных районах (их в РБ 21) впервые в жизни выявлено 1160 ЗНО шейки матки (в городе – 792), где средний интенсивный показатель заболеваемости РШМ на 100 000 женщин составил  $46,6 \pm 2,3$  ‰. Причем наблюдалась значительная территориальная вариабельность заболеваемости от минимального показателя –  $32,5 \pm 3,6$  ‰ до максимального –  $79,1 \pm 14,2$  ‰, где вариационный ряд составил 21,6%. За период исследования случаев ЗНО шейки матки в пересчете на 100 тыс. населения наблюдались неравнозначные группы территорий: муниципальные районы с самой низкой заболеваемостью от 30,1 до 40,0 ‰; самая многочисленная группа (12 муниципальных районов) с показателями заболеваемости от 40,1 до 50,0 ‰; и группа районов с показателями заболеваемости от 50,1 до 60,0 ‰; однако, самая высокая заболеваемость достигала  $79,1 \pm 14,2$  ‰ в отдельном северном районе с интенсивным развитием горнодобывающей отрасли. Отсюда следует, что в муниципалитетах за десять лет показатель заболеваемости женщин раком шейки матки значительный.

Таким образом, интенсивный показатель заболеваемости раком шейки матки за 10 лет наблюдений по Республике составил  $39,8 \pm 3,3$ , а по муниципальным районам Бурятии составил  $46,6 \pm 2,3$  ‰, территориальная вариабельность показателей заболеваемости по муниципалитетам характеризовалась значительной вариабельностью как по годам, так и в пространстве.

Отсюда необходимо проводить организованные скрининговые мероприятия по выявлению и профилактике рака шейки матки у женского населения, в особенности по муниципальным районам Республики Бурятия.

#### Литература

1. Злокачественные новообразования в России (обзор статистической информации за 1993–2013 гг.) / Г.В. Петрова, А.Д. Каприн, О.П. Грецова, В.В. Старинский / под общей редакцией чл.-корр. РАН, проф. А.Д. Каприна, проф. В.В. Старинского– М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2015. – 511 с.
2. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (Заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2019. – 250 с.
3. Чимитдоржиева Т.Н. Рак шейки матки у женщин Дальневосточного федерального округа (заболеваемость и смертность). Опухоли женской репродуктивной системы, 2020, Том 16, (2), с.50-54.
4. Чимитдоржиева Т.Н. Рак шейки матки в Республике Бурятия (заболеваемость и смертность в сравнении по субъектам СФО и по России в целом). Вопросы онкологии, 2021. Том 67, № 2, с.227-232.
5. Эпидемиологические аспекты рака шейки матки в регионе Сибири и Дальнего Востока / Л.Ф. Писарева, И.Н. Одинцова, О.А. Ананина и др. // Профилактическая медицина. – 2014. – № 2. – С. 69–72.
6. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. / J. Ferlay, I. Soerjomataram, M. Ervik et al. // Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. – 2019. – Available from: GLOBOCAN 2018 v 1.0. <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.
7. Wiebe, E. Cancer of the cervix uteri // E. Wiebe, D. Lynette, T. Gillian // International Journal of Gynecology and Obstetrics. – 2012. – Vol. 119 (2). – P. 100–109.

## НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЫ В ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОМ ТРАКТЕ ЧЕЛОВЕКА

Мелиева Ф.Ю.<sup>1</sup>, Мелиева З.Ю.<sup>2</sup>

1. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург
2. Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Значительную долю в структуре заболеваемости занимают паразитарные заболевания. Большинство случаев смерти в результате заражения / инвазии инфекционными и паразитарными агентами в развивающихся странах должно регистрироваться. В 2004 году ВОЗ сообщила, что значительное количество людей даже в регионах с высоким уровнем жизни поражены заболеваниями, протекающими с диареей, вызванной синдромом патогенов - паразитарными и инфекционными агентами. Несколько типов кишечных паразитов – *Lambliа intestinalis*, *Cryptosporidium spp.*, *Blastocystis hominis*, ассоциированные с диарейными заболеваниями у людей, особенно выражены в популяциях людей с ослабленным иммунитетом (ВИЧ-положительных, при химиотерапии рака, при недостаточности питания белков). Некоторые бактериальные агенты, такие как *Helicobacter pylori*, оказались возбудителями язвы двенадцатиперстной кишки, желудка и рака желудка. Объединение между ними приводит к выражению разнообразной и сложной клинической картины, что создает диагностические проблемы и терапевтические неудачи.

Инфекции, вызванные энтеропатогенными микроорганизмами человека, являются основной причиной изменений болезней желудочно-кишечного тракта, проблем со здоровьем и смерти людей во всем мире [6, 18]. Кишечные патогены попадают в организм хозяина орально через зараженную пищу, воду или от человека к человеку. Наиболее часто диагностируются кишечные паразитарные патогены *Lambliа intestinalis*, *Cryptosporidium parvum*, *Blastocystis hominis*, вызывающие диарею у людей, и *Helicobacter pylori* - бесспорный этиологический агент при язвенной болезни и раке желудка [17]. Большинство смертей, приводящих к заражению инфекционными и паразитарными агентами, регистрируется в развивающихся странах [16]. В 2004 году ВОЗ сообщила, что значительное число людей страдает от болезней, протекающих с диареей, вызванной патогенами - паразитарными и инфекционными агентами, даже в регионах с высоким уровнем жизни. Несколько видов кишечных паразитов, связанных с диарейными заболеваниями у людей, особенно выраженными в популяциях людей с ослабленным иммунитетом (ВИЧ-положительных, при химиотерапии рака, где белковая недостаточность). Некоторые кишечные паразиты переносят зоонозные заболевания - от животных (домашних, сельскохозяйственных и диких) к человеку и вызывают болезни, часто со вспышкой эпидемий среди людей. Зоонозные заболевания становится проблемой для общественного здравоохранения и ветеринарии [19]. В литературе серьезное внимание уделяется развивающимся странам с их нарушениями гигиены, вызванными политическими изменениями, экономическими кризисами, военными конфликтами и т.д.[25].

Ожидается, что изменение климата повлияет на количество осадков - их интенсивность, частоту и продолжительность, с последующим воздействием на окружающую среду. Водный путь передачи создает благоприятную среду для распространения кишечных инфекций и паразитарных заболеваний, особенно в развивающихся странах [10]. В промышленно развитых странах меньше внимания уделяют влиянию этих изменений, вероятно, из-за более высокого уровня жизни и здоровья там. Это часто является причиной отсутствия программ профилактики и мониторинга паразитозов, недооценки тяжести, а также неполной информации об их фактическом распространении. Хотя распространение паразитарных заболеваний среди

людей в промышленно развитых странах ниже, это потенциально может привести к значительным экономическим и медицинским расходам [27].

Во многих развитых государствах в оперативные системы мониторинга включены некоторые паразитарные, бактериальные и вирусные инфекции, а в других странах мониторинг не проводится. Там, где есть такие системы контроля, они, в первую очередь, предназначены для выявления вспышек паразитарных или инфекционных заболеваний, произошедших в продуктах или водном пути, или на пути контакта (от человека к человеку) [28].

Некоторые кишечные простейшие - *Entamoeba spp.*, *Cryptosporidium* и *Lambliа* - чаще выделяются среди пациентов с диарейными симптомами в развивающихся регионах Азии и Африки к югу от Сахары [7], другие - *Blastocystis spp.* и *Dientamoeba fragilis* встречаются в основном в экономически развитых странах [23]. В этих странах из-за лучшей санитарии кишечные простейшие часто игнорируются как этиологические агенты при диарейных состояниях. Во многих случаях инфицированные могут не обращаться к медицинским специалистам в области диагностики, а образцы кала часто не проверяются в соответствии с установленным протоколом [9].

В экономически развитых странах распространенность простейших заболеваний часто отслеживается с помощью системы контроля, включающей регистрацию вспышек эпидемий, пассивный и активный надзор за зарегистрированными заболеваниями и лабораторный контроль [13]. Оценка распространенности паразитозов иногда затрудняется отсутствием чувствительных диагностических методов. Часто не диагностируются пациенты с клиническими проявлениями или с субклиническим течением. В странах, где общественное здравоохранение отвечает требованиям современного диагностического процесса, применяют комбинированные тесты для паразитологической диагностики [23]. В отчетах ВОЗ говорится, что в развитых странах энтеропатогены были обнаружены у 40% пациентов с диарейным синдромом, и только около 1% из них являются кишечными паразитами [7]. К наиболее часто диагностируемым кишечным протозойным заболеваниям относятся *Lambliа intestinalis* (0,2–29,2% случаев), *Cryptosporidium spp.* (0,1% - 9,1% случаев), *Entamoeba spp.* (0,2–12,5%), *Cyclospora cayetanensis* (0,2–4,3% случаев), *Blastocystis spp.* (0,4–18,1%) и *Dientamoeba fragilis* (0,4–6,3%) [23, 7]. Во многих случаях паразиты обнаруживались у бессимптомных пациентов. *Lambliа intestinalis*, *Blastocystis spp.* и *Dientamoeba fragilis* чаще обнаруживалась среди путешественников, недавно вернувшихся из развивающихся стран [23], среди сообществ иммигрантов и беженцев [8], так и в семье людей с паразитарными заболеваниями [23]. Некоторые паразитарные простейшие, диагностированные отдельно (*Dientamoeba fragilis*, *Blastocystis spp.*), считаются патогенами, ведущими к бессимптомным носителям, но ассоциация - это проявляющаяся клиническая картина энтерита [2]. Бессимптомные переносчики простейших паразитов также широко распространены в развивающихся странах, и некоторые виды часто встречаются при диарее - от 0,5% до 16,5% [5].

*Lambliа intestinalis* (син. *Giardia duodenalis*, *Giardia lamblia*) является наиболее часто диагностируемым паразитарным простейшим при диарее и входит в группу из 10 наиболее распространенных возбудителей диареи. Распространенность лямблиоза колеблется от 2-7% в экономически развитых странах до 20-30% - в развивающихся. Среди некоторых сообществ широко распространено до 80%. *Lambliа intestinalis* был обнаружен более чем в 90% вспышек заболеваний, передаваемых через воду, которые возникают при желудочно-кишечном синдроме. Лямблиоз включен в группу зоонозных паразитозов после проведения анализа ДНК. Группы риска заражения и распространения лямблиоза - это животноводы, дети и взрослые, живущие в учреждениях и в плохих

санитарных условиях, гомосексуалисты. «Типичным для лямблиоза является его нехарактерное течение», но по клиническим проявлениям заболевания оно протекает с болями в животе, диареей, метеоризмом [14].

Связь *Lambliia intestinalis* с другими патогенами желудочно-кишечного тракта, такими как *Helicobacter pylori*, например, приводит к ухудшению клинической картины, особенно у детей - множественный диарейный стул, боли в животе, рвота [14]. *Helicobacter pylori* в настоящее время считается одним из надежных патогенетических факторов развития язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и рака желудка [15]. Это патоген, который часто выявляется среди менее образованных людей, среди контингентов с пробелами в поведении и культуре в отношении здоровья, а также среди людей, живущих вместе в плохих жилищных условиях и густонаселенных жилищах [14]. Международное агентство по изучению рака в 1994 году классифицировало *H. pylori* как канцероген I-класса на основании доказательств того, что эта инфекция увеличивает риск рака желудка.

В настоящее время 20% эпизодов диареи у детей в развивающихся странах и до 9% эпизодов в развитых вызваны *Cryptosporidium spp.* Паразит является причиной диареи у значительного числа молодых сельскохозяйственных животных во всем мире [28, 19]. У иммунокомпетентных людей диарея и боль в животе обычно проходят самостоятельно. У пациентов со СПИДом, у людей с трансплантацией органов, получающих химиотерапию, у детей с белковой недостаточностью и т. д. криптоспоридиоз является тяжелым [1]. Продолжительность клинических симптомов во многом зависит от иммунитета инфицированного [12]. В развитых странах зарегистрированы спорадические вспышки в детских дошкольных учреждениях, возникающие по фекально-оральному механизму - потребление зараженной пищи, воды, контакт с инфицированными животными (цикл: животное-человек-животное) и людьми (цикл: человек-человек), купание в общественных бассейнах. [28]. В разных географических и социально-экономических регионах наблюдались эпидемиологические различия в распространенности *Cryptosporidium spp.* среди людей, которые могут влиять на источники и путь передачи [26].

Из-за тяжести клинического течения криптоспоридиоза и лямблиоза у людей и возможности его искажения в связи с бедностью в 2004 г. ВОЗ включила заболевания в группу забытых болезней [22].

*Blastocystis spp.* часто обнаруживается в фекалиях людей и многих животных [21]. У видов имеется значительная генетическая неоднородность. Неизвестно, какой из генетических подтипов специфичен для человека, но, согласно некоторым исследованиям, подтип 3 является наиболее распространенным и связан с заболеваниями человека [26]. Название *Blastocystis hominis* относится примерно к 10 различным генетически разнообразным популяциям, но морфологически идентичные [24]. Роль *Blastocystis spp.* в желудочно-кишечной патологии человека является неопределенным и спорным [26]. Voorom et al., 2008 предполагают, что существует несколько патогенных вариантов *Blastocystis spp.*, но рутинно используемые методы диагностики создают ограничения в определении патогенности. Tan et al., 2008 сочли, что открытие амeboидных форм в образцах кала указывает на патогенность подтипа инфекции. Однако другие исследователи [21] оспаривают это утверждение. Предполагается, что форма кисты является стадией инфицирования, и ее прохождение становится фекально-оральным механизмом [11].

Те аспекты, которые касаются современной диагностики и клинической картины некоторых энтеропатогенов человека, имеют повод перейти к комплексному научному изучению с участием медицинских и ветеринарных специалистов. Надеемся, что данные, полученные в результате научных

исследований, позволят улучшить знания врачей общей практики и специалистов и использовать их в своей практике.

#### Список литературы

1. Areeshi M, et al. *Cryptosporidium* species causing acute diarrhoea in children in Antananarivo, Madagascar. *Ann. Trop. Med. Parasitol.* 2008., 102:309–315.
2. Barratt J, Harkness J, Marriott D, Ellis J, Stark D. A review of *Dientamoeba fragilis* carriage in humans: several reasons why this organism should be considered in the diagnosis of gastrointestinal illness. *Gut Microbes* 2011., 2:3–12.
3. Boorom K, et al. Oh my aching gut: irritable bowel syndrome, Blastocystis, and asymptomatic infection. *Parasit. Vectors* 2008., 1:40. doi:10.1186/1756-3305-1-40.
4. Cacciò SM, Ryan U. Molecular epidemiology of giardiasis. *Mol. Biochem. Parasitol.* 2008, 160:75–80.
5. Dogruman-Al F, et al. Blastocystis subtypes in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease in Ankara, Turkey. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* 2009., 104:724–727.
6. Eckmann L., Small bowel infections, *Current Opinion in Gastroenterology*, 2002, 18, 2, 197–202
7. Fletcher SM, Stark D, Ellis J, Harkness J. 2010. Etiology of gastrointestinal illness in patients in Sydney. 74th Annu. Educ. Conf. Exhib. 2010, 6 to 9 June 2010, Denver, CO.
8. Gualdieri L, et al. Intestinal parasites in immigrants in the city of Naples (southern Italy). *Acta Trop.* 2011., 117:196–201.
9. Hajdu A, et al. Investigation of Swedish cases reveals an outbreak of cryptosporidiosis at a Norwegian hotel with possible links to in-house water systems. *BMC Infect. Dis.* 2008., 8:152. doi:10.1186/1471-2334-8-152.
10. Harper S, Edge V, Schuster-Wallace C, Berke O, McEwen S. Weather, water quality and infectious gastrointestinal illness in two Inuit communities in Nunatsiavut, Canada: potential implications for climate change. *EcoHealth.* 2011., 2011:1–16.
11. Hotez P. The other intestinal protozoa: enteric infections caused by *Blastocystis hominis*, *Entamoeba coli*, and *Dientamoeba fragilis*. *Semin. Pediatr. Infect. Dis.* 2000., 11:178–181.
12. Leav BA, Mackay M, Ward HD. *Cryptosporidium* species: new insights and old challenges. *Clin. Infect. Dis.* 2003., 36:903–908.
13. Mangen M-JJ, et al. Integrated approaches for the public health prioritization of foodborne and zoonotic pathogens. *Risk Anal.* 2010., 30:782–797.
14. Moreira Jr. E.D., V.B. Nassri, R.S. Santos, J.F. Matos, W. Andrade de Carvalho, C.S. Silvani, C. Santana e Sant’Ana. Association of *Helicobacter pylori* infection and giardiasis: Results from a study of surrogate markers for fecal exposure among children. *World J Gastroenterol*, 2005;11, 18:2759-2763
15. Obiajuru I, P. Adogu. Prevalence of *Helicobacter pylori* and other intestinal parasites amongst duodenal and gastric ulcer patients at Imo state University Teaching Hospital, Orlu, south eastern Nigeria. *Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2013, 4, 9, 362-369
16. Ortega YR, Eberhard ML, Kris H. Protozoan diseases: cryptosporidiosis, giardiasis and other intestinal protozoan diseases, p 354–366. In *International encyclopedia of public health*. Academic Press, 2008., Oxford, United Kingdom.
17. Pellicano R, Mladenova I, Martinotti R, Fagonee S, Rizzetto M. Gastric cancer and *Helicobacter pylori*: an interdisciplinary point of view. *Minerva Medica* 2006;97:31-38
18. Pierce K. K., B. D. Kirkpatrick, Update on human infections caused by intestinal protozoa, *Current Opinion in Gastroenterology*, 2009, 25, 1, 12–17

19. Rimseliene G, et al. An outbreak of gastroenteritis among schoolchildren staying in a wildlife reserve: thorough investigation reveals Norway's largest cryptosporidiosis outbreak. *Scand. J. Public Health* 2011., 39:287–295.
20. Roberts T, Barratt J, Harkness J, Ellis J, Stark D. Comparison of microscopy, culture, and conventional polymerase chain reaction for detection of *Blastocystis* sp. in clinical stool samples. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2011., 84:308–312.
21. Savioli L, Smith H, Thompson A. *Giardia* and *Cryptosporidium* join the Neglected Diseases Initiative. *Trends Parasitol.* 2006., 22:203–208.
22. Stark D, et al. Clinical significance of enteric protozoa in the immunosuppressed human population. *Clin. Microbiol. Rev.* 2009., 22:634–650.
23. Stensvold CR, et al. The prevalence and clinical significance of intestinal parasites in HIV-infected patients in Denmark. *Scand. J. Infect. Dis.* 2011., 43:129–135.
24. Tan KSW. New insights on classification, identification, and clinical relevance of *Blastocystis* spp. *Clin. Microbiol. Rev.* 2008., 21:639–665.
25. Torgerson PR, Macpherson CNL. The socioeconomic burden of parasitic zoonoses: global trends. *Vet. Parasitol.* 2011., 182:79–95.
26. Waldron LS, et al. Molecular epidemiology and spatial distribution of a waterborne cryptosporidiosis outbreak, Australia. *Appl. Environ. Microbiol.* 2011., 77:7766–7771.
27. Xiao L. Molecular epidemiology of cryptosporidiosis: an update. *Exp. Parasitol.* 2010., 124:80–89.
28. Yoder JS, Harral C, Beach MJ. Giardiasis surveillance—United States, 2006–2008. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2010., 59:15–25.

**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**

**АНАЛИЗ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
Г.СТАВРОПОЛЯ О МЕТОДАХ И СРЕДСТВАХ ПРОФИЛАКТИКИ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА**

**Болдырева А.А., Досаева О.Ю., Жедрина Я.Н.**

Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь

Важнейшим компонентом первичной профилактики стоматологических заболеваний является индивидуальная гигиена полости рта, которая включает в себя регулярный гигиенический уход. На сегодняшний день в источниках литературы не освещены в достаточном объёме вопросы, касающиеся методов первичной профилактики кариеса зубов у детей школьного возраста. Установлено, что регулярный гигиенический уход за полостью рта имеет исключительно профилактическое значение, которое выражается в снижении распространенности и частоты стоматологических заболеваний полости рта.

В настоящее время имеется большой выбор методов профилактики стоматологических заболеваний, применяемых для улучшения состояния гигиены полости рта с помощью различных средств, которые оказывают максимальный профилактический эффект в решении стоматологических проблем. К основным средствам гигиены полости рта относятся зубные щетки и зубные пасты. Ставропольский край относится к регионам с низким содержанием фторидов в питьевой воде, поэтому предпочтение должно отдаваться пастам, содержащим фтор. При регулярном применении фторидсодержащих зубных паст редукция прироста кариеса зубов, по данным различных авторов, составляет 25— 40 %. Кроме того для поддержания необходимого уровня гигиены полости рта используются дополнительные средства гигиены, такие как: флоссы, суперфлоссы, зубные эликсиры и ополаскиватели для рта, межзубные ершики и щетки-ершики, жевательные резинки и др.

**Цель исследования.** Проанализировать уровень осведомлённости о средствах и методах профилактики стоматологических заболеваний посредством индивидуальной гигиены полости рта и необходимость проведения санитарно-просветительской работы среди детей школьного возраста города Ставрополя.

**Материал и методы исследования.** В соответствии со сложной эпидемиологической обстановкой в городе и крае для проведения работы использовали добровольное анкетирование детей младшего школьного возраста (6-10 лет) и детей старшего школьного возраста (12-16 лет) города Ставрополя. Исследование проводилось на базе городской клинической детской стоматологической поликлиники, посредством анализа 93 стоматологических карт.

Опрос школьников проводился при помощи онлайн - анкетирования.

Собранные данные подвергались статистической обработке с помощью пакетов прикладных программ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В анкетировании приняли участие 93 школьников: 46 ребёнка младшего школьного возраста (6-10 лет) и 47 детей старшего школьного возраста (12-16 лет).

Анкеты включали в себя наиболее часто задаваемые стоматологами вопросы.

Вопросы анкеты:

1. Сколько раз в день вы чистите зубы?
2. Сколько раз в год вы посещаете стоматолога?
3. Пользуетесь ли вы содержащими фторид зубными пастами?
4. Как часто вы меняете свою зубную щетку?
5. Знаете ли вы что такое процедура "герметизации фиссур"?
6. Как часто вы обращаетесь к стоматологу для проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта?
7. Какими дополнительными средствами гигиены полости рта вы пользуетесь?
8. Сколько по времени вы чистите зубы?
9. Почему вы чистите зубы?
10. Знаете ли вы, что жевать жевательную резинку нужно только 5-10 минут?

Согласно анкете результаты опроса оказались следующими:

Вопрос	Дети 6-10 лет (чел)	Дети 12-16 лет (чел)
1. Сколько раз в день вы чистите зубы?	1 раз в день - 16 2 раза в день - 15 После каждого приема пищи - 7 Не каждый день - 8	1 раз в день - 13 2 раза в день - 27 После каждого приема пищи - 5 Не каждый день - 2
2. Сколько раз в год вы посещаете стоматолога?	1 - 20 2 - 6 Не посещаю - 2 По необходимости - 18	1 - 17 2 - 13 Не посещаю - 6 По необходимости - 11
3. Пользуетесь ли вы содержащими фторид зубными пастами?	Да, покупаю только такую - 11 Не знаю, покупаю любую зубную пасту - 21 Нет - 9 Да, чередую с пастой без фторидов - 5	Да, покупаю только такую - 8 Не знаю, покупаю любую зубную пасту - 23 Нет - 14 Да, чередую с пастой без фторидов - 2

4.Как часто вы меняете свою зубную щетку?	1 раз в 2-3 месяца - 17 1 раз в 6 месяцев - 25 каждый месяц - 1 не меняю - 3	1 раз в 2-3 месяца - 21 1 раз в 6 месяцев - 18 каждый месяц - 6 не меняю - 2
5.Знаете ли вы что такое процедура "герметизации фиссур"?	Да, мне проводили - 3 Да, но мне не проводили - 0 Нет, не знаю, что это - 43	Да, мне проводили - 4 Да, но мне не проводили - 7 Нет, не знаю, что это -36
6.Как часто вы обращаетесь к стоматологу для проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта?	Раз в 6 месяцев - 5 Раз в год - 9 Не знаю что это такое/ не делаю проф. гигиену полости рта - 32	Раз в 6 месяцев - 6 Раз в год - 15 Не знаю что это такое/ не делаю проф. гигиену полости рта - 26
7.Какими дополнительными средствами гигиены полости рта вы пользуетесь?	Флоссы (зубные нити) - 0 Ополаскиватели и эликсиры - 7 Зубочистки - 0 Ничем, кроме зубной пасты и щетки - 39	Флоссы (зубные нити) - 7 Ополаскиватели и эликсиры - 9 Зубочистки - 11 Ничем, кроме зубной пасты и щетки - 20
8.Сколько по времени вы чистите зубы?	Меньше минуты - 13 2-3 минуты - 14 больше 3 минут - 19	Меньше минуты - 10 2-3 минуты - 33 больше 3 минут - 4
9.Почему вы чистите зубы?	Я знаю, что налет на зубах приводит к кариесу и хочу, чтобы моя полость рта была здоровая - 6 Потому что родители заставляют - 32	Я знаю, что налет на зубах приводит к кариесу и хочу, чтобы моя полость рта была здоровая - 36 Потому что родители заставляют - 2

	Не задумывался/-лась - 7	Не задумывался/-лась - 8
	Не чищу вообще - 2	Не чищу вообще - 1
10.Знаете ли вы, что жевать жевательную резинку нужно только 5-10 минут?	Да, знаю, она помогает удалять остатки еды с зубов - 3	Да, знаю, она помогает удалять остатки еды с зубов - 28
	Нет, не знаю, жую ради вкуса - 29	Нет, не знаю, жую ради вкуса - 12
	Нет, не знаю, жую очень долго - 9	Нет, не знаю, жую очень долго - 7
	Не жую жвачку вообще - 5	Не жую жвачку вообще - 0

В ходе анкетирования установлено, что у детей младшего школьного возраста осведомленность о средствах и методах профилактики ниже чем у детей старшего школьного возраста. Анкетирование показало что большинство детей младшего школьного возраста посещают врача-стоматолога только при необходимости и эти посещения были связаны с неотложными состояниями, тогда как дети старшего школьного возраста получали комплексное лечение. При анализе было выяснено, что все опрошенные дети от 6 до 10 лет и дети от 12 до 16 лет независимо от правильности чистки зубов используют зубную щётку и зубную пасту, каждый второй применял зубочистку, но только каждый пятый использовал флоссы и эликсиры, ополаскиватели для полости рта.

**Заключение:** уровень осведомлённости детей школьного возраста города Ставрополя о средствах и методах профилактики стоматологических заболеваний достаточно низкий, о чём свидетельствуют результаты проведённого анкетирования 93 детей школьного возраста.

Основываясь на предварительных результатах, необходимо разработать и внедрить комплексную программу стоматологической профилактики, проводить активную санитарно-просветительскую работу с детьми младшего школьного возраста в виде игры, а с детьми старшего школьного возраста – в форме активной беседы.

#### Список литературы

1. Васильев В.И.: Профилактика стоматологических заболеваний, учебное пособие для вузов - «Юрайт», 2 изд., 2020 г., 386 с.
2. Елизарова, В. М.: Стоматология детского возраста. Часть 1. Терапия : учебник / В. М. Елизарова [и др. ]. - 2-е изд. , перераб. и доп. - в 3 ч. - Москва : «ГЭОТАР-Медиа», 2016. - 480 с.
3. Кузьмина Э. М. Профилактическая стоматология: учебник / Э. М. Кузьмина, О. О. Янушевич. – Москва : Практическая медицина, 2017. – 544 с.
4. Мадоналд Р. Э., Эйвери Д. Р., Дин Дж. А.: Стоматология детей и подростков Макдоналда и Эйвери, 10-е издание, 2021 г., 668 с.
5. Муравьянникова Ж.Г., Панаиотова О.В.: Основы диагностики и профилактики стоматологических заболеваний, учебное пособие – «Феникс», 2020 г., 504 с.

- б. Хоменко, Л. А. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта [Текст] : учебн. пособие / Л. А. Хоменко, Н. В. Биденко, Е. И. Остапко, В. И. Шматко. – Курск : Книга Плюс, 2015 – 180 с.

## **СЕКЦИЯ №38 СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА**

## **СЕКЦИЯ №39 ТОКСИКОЛОГИЯ**

## **СЕКЦИЯ №40 ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

### **ИМПЛАНТАТЫ ДЛЯ ОДНОЭТАПНОЙ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ С МЕХАНОБИОЛОГИЧЕСКИМ СТИМУЛИРОВАНИЕМ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ**

**Кузнецов В.П.<sup>1,2</sup>, Еманов А.А.<sup>1</sup>, Горгоц В.Г.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России

<sup>2</sup>Уральский федеральный университет

Одной из актуальных технологий восстановления функций ампутированных конечностей пациентов является остеointegrация. К лимитирующим факторам развития данной технологии относятся нестабильность имплантатов в костном канале в послеоперационный период и высокая длительность процесса остеointegrации. Остеointegrация имплантатов существующих конструкций часто подвержена неудачам вследствие проникновения инфекций и возникновения остеопороза с последующим расшатыванием и выпадением.

Для решения указанных проблем предложена технология одноэтапной остеointegrации, построенная на механобиологическом управлении костеобразованием. Метод одноэтапной остеointegrации с механобиологическим стимулированием костеобразования позволяет обеспечить профилактику осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде и существенно сократить сроки реабилитации ампутантов.

Развитие основ предлагаемой технологии построено на решении следующих задач:

- 1) создание принципиально нового дизайна имплантатов и биомеханических систем их внешней фиксации, позволяющих реализовать управляемое механобиологическое стимулирование роста костной ткани и исключить резорбцию;
- 2) обоснование выбора материала имплантатов и технологий их изготовления;
- 3) определение нагрузок и периодичности стимуляции костеобразования в условиях биомеханического воздействия путем экспериментальных исследований на животных;
- 4) создание хирургических методик одноэтапной остеointegrации и реабилитации ампутантов.

В настоящее время созданы и запатентованы конструкции вкручиваемых имплантатов, которые позволяют обеспечить высокую стабильность и приживаемость в костном канале за счет управляемого компрессионного нагружения на протезируемую кость и периодической доставки лекарственных средств на интерфейс «кость-имплантат». Установлены закономерности остеointegrации новых имплантатов, изготовленных с применением аддитивной технологии SLM из особо чистых порошков Ti6Al4V и нержавеющей стали PH1, а также наноструктурированного титана Grade 4, изготовленного методом РКУП в

УГАТУ, в бедренную кость экспериментальных животных (кролики породы «шиншилла» и беспородные собаки). Выявлена связь величины и продолжительности компрессионной нагрузки с параметрами роста и адгезии костной ткани на поверхности имплантата и с интегральными биомеханическими параметрами остеоинтеграции, измеряемыми с помощью прибора Periotest.

## **СЕКЦИЯ №41**

### **ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ**

## **СЕКЦИЯ №42**

### **УРОЛОГИЯ**

## **СЕКЦИЯ №43**

### **ФТИЗИАТРИЯ**

## **СЕКЦИЯ №44**

### **ХИРУРГИЯ**

#### **ВЛИЯНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ**

**Поборский А.Н., Асутаев Ш.Д.**

Сургутский государственный университет, г. Сургут

В современной герниологии надежными, с низкой травматичностью и малым числом осложнений, являются такие методы пластики пахового канала, как тотальная экстраперитонеальная лапароскопическая паховая герниопластика (Total ExtraPeritoneal repair – TEP) и лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TransAbdominal PrePeritoneal repair – TAPP) (Егиев В.Н., 2015; Bittner, R. et al., 2018). Однако до сегодня все еще нет единого мнения о преимуществе той или иной герниопластики, прежде всего, в их влиянии на качество жизни (КЖ) пациентов в послеоперационном периоде (Bittner, R. et al., 2018). Без рассмотрения влияния на КЖ с точки зрения самого пациента в настоящее время невозможно провести полноценную оценку преимуществ или недостатков различных оперативных вмешательств (Новик А.А., 2007). Цель исследования: мониторинг параметров качества жизни пациентов, перенесших паховую герниопластику методами TEP и TAPP.

Методика. Проведен анализ показателей 53 пациентов мужчин, которым выполнены в плановые оперативные вмешательства по поводу первичных односторонних неосложненных паховых грыж. Медиана возраста составила 57 (44; 61) лет. Медиана длительности грыженосительства составила 14 (6; 18) месяцев. Операция по методу TEP была проведена у 20 (38%) пациентов, TAPP у 33 (62%) больных при II и IIIa типах паховой грыжи (по классификации L. Nyhus). В качестве сетчатого имплантата использовалась частично рассасывающаяся облегченная монофиламентная сетка ULTRAPRO (ETHICON Johnson&Johnson, США). Оперативное лечение выполнялось под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью валидированной русской версии международного опросника EuroQol Index (EQ-5D). Статистическая обработка результатов проводилась непараметрическими методами.

Результаты исследования. Оценка эффективности анализируемых методов паховой герниопластики продемонстрировала отсутствие рецидивов заболевания во все периоды обследования. Обнаруженные в ранний период после операции осложнения, были немногочисленны (серома у 1 пациента после TAPP и 1 –

после операции по методу ТЕР), не требовали дополнительных вмешательств и не приводили к инфицированию или нагноению раны. Мониторинг параметров КЖ с использованием EQ-5D, показал наличие разных вариантов субъективной оценки состояния своего здоровья в различные периоды после оперативных вмешательств. В первые сутки на проблемы по всем рассматриваемым компонентам EQ-5D указывали все пациенты, но наиболее значительная выраженность, отмечаемая по шкалам «боль/дискомфорт» и «тревожность/депрессия», имела место у прооперированных методом ТАПП. Через месяц после операции, неблагоприятную оценку своему состоянию давали только 20% прооперированных методом ТЕР и 27% - ТАПП и лишь по таким показателям, как «боль/дискомфорт» и «тревога/депрессия». По этим же компонентам опросника проблемы сохранялись и у 6% перенесших ТАПП через 12 месяцев после операции. Оценка профиля «состояния здоровья» EQ-5D показала, что в первые сутки после ТЕР, все пациенты имели индекс КЖ «22222», отмечая наличие некоторых проблем с передвижением, самообслуживанием, повседневной активностью, они указывали на незначительные проявления боли, дискомфорта и, в связи с этим, небольшой тревоги. В то же время, код состояния здоровья «22222», имел место лишь у 36% пролеченных методом ТАПП. Большая же часть перенесших ТАПП (64% пациентов) оценили состояние своего здоровья по шкалам опросника, как «22333». Они имели некоторые проблемы с передвижением в пространстве, с самообслуживанием, отмечая при этом невозможность выполнения повседневных дел, что связывалось с наличием сильной боли в зоне операции. Последнее вызывало проявление выраженной тревоги. Показатели КЖ по шкале-«термометру» были невысокие, но статистически значимую более позитивную характеристику своего состояния давали прооперированные методом ТЕР (значения медианы, верхних и нижних квартилей после ТЕР 42 (28; 49), ТАПП – 31 (18; 42),  $p=0,020$ ). По прошествии месяца после оперативных вмешательств значительная часть пациентов (80% перенесших ТЕР и 73% ТАПП), отмечала состояние здоровья, соответствующее максимальному индексу КЖ «11111», которое характеризовалось отсутствием проблем с передвижением, самообслуживанием, выполнением повседневных дел. Анкетированные указывали на то, что их перестали беспокоить боль и дискомфорт в области операции, проявления тревоги. В то же время, 20% перенесших ТЕР и 27% оперированных способом ТАПП, отражая свое состояние, как «11122», не имея проблем с передвижением в пространстве, самообслуживанием, в повседневной активности, при отсутствии болевого синдрома, продолжали испытывать небольшой дискомфорт в зоне оперативного вмешательства. Это вызывало у них определенную, пусть и незначительную тревогу. Позитивная характеристика состояния здоровья, отразившаяся в вышеописанных профилях, проявилась и в результатах оценки КЖ по шкале-«термометру». При этом величины показателя КЖ после ТЕР и ТАПП, возросли относительно предшествующего периода обследования и стали сопоставимы (соответственно, после ТЕР с 42 (28; 49) до 53 (45; 59),  $p=0,018$ ; после ТАПП с 31 (18; 42) до 50 (40; 58),  $p<0,0001$ ). Оцениваемые параметры КЖ через 12 месяцев после операции, продемонстрировали улучшение и рост у всех обследуемых после ТЕР. Индекс состояния здоровья в этой группе на момент проведения анкетирования составил «11111», что отражало отсутствие проблем по всем оцениваемым компонентам. В группе, где была проведена герниопластика ТАПП 94% анкетированных определяли свое состояние как максимально оптимальное, отмечая индекс КЖ как «11111». Лишь у 6% пациентов этой группы индекс КЖ «11122», свидетельствовал, что при отсутствии проблем с передвижением в пространстве, самообслуживанием, выполнением повседневных дел, по прошествии 12 месяцев после операции сохранялось чувство дискомфорта в зоне операции, это сопровождалось состоянием тревоги. Примечательно, что на «термометре» здоровья, отражаемая количественная оценка КЖ, оставалась неизменной относительно предшествующего периода исследования (1 месяц после

вмешательства). При этом различия в показателях после ТЕР и ТАРР отсутствовали (ТЕР – 59 (48; 62), ТАРР – 55 (45; 62)).

Заключение. Мониторинг параметров КЖ с целью рассмотрения эффективности проведенных эндоскопических герниопластик, показал наличие проблем со здоровьем, максимально проявившимися в первые сутки после операции у пациентов, перенесших ТЕР и ТАРР, которые нивелируются уже через месяц и отсутствуют через 12 месяцев после операции. Наличие проблем, по оцениваемым компонентам опросника EQ-5D, в большей степени пациенты связывали с болью/дискомфортом в зоне операции. Последние максимально проявлялись у большинства перенесших ТАРР (64%), что сказывалось и на более низкой оценке ими состояния здоровья по шкале-«термометру» по сравнению с ТЕР.

#### Список литературы

1. Егиев, В.Н. Грыжи / В.Н. Егиев, П.К. Воскресенский. – М.: Медпрактика-М, 2015. – 480 с.
2. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
3. Bittner, R. Laparo-endoscopic Hernia Surgery / R. Bittner, F. Köckerling, R.J. Fitzgibbons, K.A. LeBlanc [et al.]. – Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2018. – 475 p.

## СЕКЦИЯ №45 ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

### СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫМИ СД 2 ТИПА

Демичева Т.П.

ГБОУ ВПО Пермский Государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера МЗ РФ, г. Пермь

Одним из тяжелых заболеваний класса болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ является сахарный диабет (СД). Распространенность заболевания растет катастрофически. Несмотря на решение многих вопросов, связанных с диабетом это заболевание остается серьезной проблемой и в том числе, потому что оно влияет на многие аспекты жизнедеятельности пациента, на его качество жизни (КЖ). Качество жизни при СД снижается не только в связи с появлением тяжелых осложнений, но и с психопатологическими состояниями. [3,4].

Цель исследования: дать характеристику качества жизни пациента СД 2 типа с помощью его субъективных ощущений.

Методы. Проведено клинико-психологическое обследование 437 женщинам СД 2 типа (основная группа), средний возраст  $63,6 \pm 7,1$  года. Контрольную группу составили пациенты без СД (125 человек), средний возраст  $66,1 \pm 8,8$  лет. Субъективная характеристика состояния здоровья была оценена с помощью опросника SF-36 и дополнена опросником ВолГМУ, который разработан для оценки качества жизни пациентов с сахарным диабетом с акцентом на полисистемность проявления заболевания, степень социальной адаптации [2]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере с использованием программ Statistica 6 и Microsoft Excel 7.0 для WindowsXP. Она включала в себя расчет описательных статистик. Сравнение двух несвязанных между собой групп осуществлялось с использованием критерия Манна-Уитни. Для анализа зависимостей использовался метод корреляционного анализа с вычислением коэффициентов линейной корреляции ( $r$ ) Пирсона и ранговой

корреляции Спирмена. Корреляция считалась достоверной при  $p < 0,05$ . Статистический анализ проводился по методикам, рекомендуемым в медико-биологической статистике [1].

#### Результаты

Пациенты 1 (основной) группы отличались от группы контроля более низкими показателями шкал КЖ: физическое функционирование (PF), общее состояние здоровья (GH), интенсивность болей (BP), итог - суммарный физический компонент (PH). Статистически значимое снижение в 1,3 раза (на 24,2%) по сравнению с группой контроля выявлено по шкале PF ( $46,1 \pm 2,0$  против  $60,8 \pm 2,7$ ;  $p = 0,0002$ ), в 1,2 раза (на 18%) по шкале GH ( $40,6 \pm 1,2$  против  $49,5 \pm 1,7$ ;  $p = 0,001$ ), в 1,1 раза (на 11,3%) по шкале BP ( $45,6 \pm 1,9$  против  $51,4 \pm 1,5$ ;  $p = 0,05$ ). Показатель по шкале ролевого функционирования обусловленного физическим состоянием (RP) у пациентов 1 группы был ниже по сравнению с группой контроля ( $30,2 \pm 3,0$  против  $38,7 \pm 3,7$ ;  $p = 0,06$ ). «Ролевое функционирование» интерпретируется как способность к исполнению типичной работы. Низкие показатели RP также свидетельствовали об ограничении повседневной деятельности из-за физического состояния пациента (они не могли выполнять значительную физическую нагрузку). Выявлено уменьшение уровня «социальной активности» (SF) в 1 группе на 8,1%, составив  $58,1 \pm 1,8$  против  $63,2 \pm 2,3$ ;  $p = 0,05$ , что свидетельствовало не только о снижении роли больных в социальной сфере, но и о значимости этой сферы жизнедеятельности для самих пациентов. Проведенный расчет ОШ у больных СД 2 типа указал на высокую вероятность (OR=10,15, 95% ДИ [2,32;44,37],  $p > 0,05$ ) ограничения выполнения физических нагрузок (PF) и повседневной деятельности (RP) (OR=3,83, 95% ДИ [1,52;9,66],  $p > 0,05$ ) из-за состояния здоровья респондента.

При проведении обследования в группе больных сахарным диабетом 2 типа суммарный средний балл по опроснику ВолГМУ оказался равным 135,1 балла (максимум – 276,4; минимум – 35,0; SD – 49,6). В контрольной группе суммарный средний балл по опроснику составил 91,3 балла (максимум – 170; минимум – 30; SD – 46,8). Показатели КЖ представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей КЖ основной группы и группы контроля (M±SD, [25;75])

показатель	Основная группа	Группа сравнения	p
состояние кожных покровов	$4,9 \pm 5,8$ [0;8,1]	$3,3 \pm 5,5$ [0;4,2]	0,2
состояние ЖКТ	$13,8 \pm 7,9$ [7,6;19,1]	$10,3 \pm 6,5$ [5,1;13,7]	0,005
состояние кровообращения в нижних конечностях	$16,4 \pm 9,0$ [9;22]	$13,2 \pm 9,9$ [6,15;17,5]	0,11
сердечно-сосудистая система	$19,8 \pm 10,9$ [12,2;28,2]	$18,3 \pm 9,6$ [13; 26]	0,16
социальная адаптация	$34,8 \pm 17,0$ [22,2;46]	$14,5 \pm 12,1$ [4;21]	0,006
сон	$15,4 \pm 8,17$ [10,15; 20,15]	$10,6 \pm 5,7$ [5,8; 14,3]	0,1
психологические особенности личности	$12,7 \pm 6,7$ [7,3; 14,9]	$10,2 \pm 8,7$ [3,85; 14,9]	0,14

органы чувств, проявление полинейропатии нижних конечностей	17,3±8,3 [11,2;22,6]	10,9±9,2 [4;18,4]	0,01
общий	135,1±49,6 [103;161]	91,3±46,7 [47,5;128,5]	0,04

Из таблицы 1 видно, что все показатели КЖ у больных СД 2 типа были хуже (балл выше) по сравнению с группой больных, не имевших СД. В большей степени страдала медико-социальная адаптация больного с диабетом. Статистически значимые различия отмечены по показателям, характеризующим состояние желудочно-кишечного тракта, органов чувств, появление симптомов полинейропатии нижних конечностей. Обнаружена положительная корреляция между длительностью СД и проявлениями симптомов полинейропатии нижних конечностей ( $r=+0,414$ ;  $p=0,0001$ ) и нарушениями кровообращения в них ( $r=0,346$ ;  $p=0,008$ ).

#### Вывод

Исследование показало, что субъективная оценка качества жизни у больных СД 2 типа значимо ниже по сравнению с группой контроля в таких аспектах как физическое функционирование, общее состояние здоровья, интенсивность болей. Женщины СД 2 типа отмечали у себя больше проблем связанных с физической активностью, чем проблем эмоциональных. Полученные данные свидетельствовали об ограничении физической активности, о снижении роли больных СД в социальной сфере, медико-социальной адаптации.

#### Список литературы

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. –Москва: Практика, 1998. – 459 с.
2. Методические рекомендации по внедрению и применению опросника для оценки качества жизни больных сахарным диабетом врачами-эндокринологами учреждений здравоохранения Волгоградской области/ под ред. акад. РАМН, д.м.н., проф. Петрова В.И. - 2007. – 31 с.
3. Старостина, Е.Г. Депрессия и сахарный диабет как коморбидные заболевания / Е.Г. Старостина, М.Н. Володина, И.В. Старостин, А.Е. Бобров //Российский медицинский журнал. – 2017. – № 22. –С. 1613-1620.
4. Nouwen, A. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis / A. Nouwen, K. Winkley, J. Twisk et al. //Diabetologia. – 2010. – Vol. (14). – P. 34.

#### **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](http://www.izron.ru) (раздел «Медицина и фармакология»).

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



**Информационные технологии  
в медицине и фармакологии**

**Выпуск VIII**

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

**г. Ростов-на-Дону**

**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 10.08.2021.  
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 2,56  
Тираж 250 экз. Заказ № 018.

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