

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



Актуальные проблемы и достижения в медицине

Выпуск IX

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 апреля 2022 г.)**

г. Самара

2022 г.

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

Актуальные проблемы и достижения в медицине. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 9. г. Самара. – НН: ИЦРОН, 2022. 49 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., проф. Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Базин 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 IX Международной научно-практической конференции «**Актуальные проблемы и достижения в медицине**», г. Самара представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

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

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

Оглавление

СЕКЦИЯ №1.	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	6
ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	
Герасимова И.В., Сахаутдинова И.В.....	6
СЕКЦИЯ №2.	
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА	9
СЕКЦИЯ №3.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ	9
СЕКЦИЯ №4	
БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА	9
СЕКЦИЯ №5.	
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ	
ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ	9
СЕКЦИЯ №6.	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	9
СЕКЦИЯ №7.	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	9
СЕКЦИЯ №8.	
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ	9
СЕКЦИЯ №9.	
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ	9
СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА	10
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ	10
СЕКЦИЯ №12	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ	10
СЕКЦИЯ №13	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ	10
СЕКЦИЯ №14	
КАРДИОЛОГИЯ	10
СЕКЦИЯ №15	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ	10
СЕКЦИЯ №16	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	10
СЕКЦИЯ №17	
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	10
СЕКЦИЯ №18	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	10
СЕКЦИЯ №19	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ	10
СЕКЦИЯ №20	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ	
РЕАБИЛИТАЦИЯ	10

СЕКЦИЯ №21	
МЕДИЦИНА ТРУДА	10
СЕКЦИЯ №22	
НАРКОЛОГИЯ	10
СЕКЦИЯ №23	
НЕЙРОХИРУРГИЯ	10
СЕКЦИЯ №24	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ	10
СЕКЦИЯ №25	
НЕФРОЛОГИЯ	10
СЕКЦИЯ №26	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	10
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ	
Палевская С.А., Касымжанова А.Т., Блашанцев М.К.	11
К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
С.А. Палевская, А.Е. Ефимов	17
НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	
С.А. Палевская, В.М. Меркурьев	21
УПРАВЛЕНИЕ ФАКТОРАМИ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Палевская С.А., Касымжанова А.Т.	25
СЕКЦИЯ №27	
ОНКОЛОГИЯ	30
СЕКЦИЯ №28	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	30
МОРФОГЕНЕЗ АТЕРОСКЛЕРОЗА.	
Мелиева Ф.Ю., Мелиева З. Ю.	30
ПАТОМОРФОЛОГИЯ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	
Мелиева Ф.Ю., Мелиева З. Ю.	36
СЕКЦИЯ №29	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ	41
СЕКЦИЯ №30	
ПЕДИАТРИЯ	41
СЕКЦИЯ №31	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	41
СЕКЦИЯ №32	
ПСИХИАТРИЯ	41
СЕКЦИЯ №33	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	41

СЕКЦИЯ №34	
РЕВМАТОЛОГИЯ	41
СЕКЦИЯ №35	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ	41
СЕКЦИЯ №36	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ	41
СЕКЦИЯ №37	
СТОМАТОЛОГИЯ	42
РАЗРАБОТАННАЯ АВТОРСКАЯ СХЕМА ЛАБОРАТОРНЫХ ЭТАПОВ ПРИПАСОВКИ НЕСЪЕМНОЙ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОНСТРУКЦИИ. ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ ДИПЛОМНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	
Салимов Т.М.,Маштеева Г.Ш.....	42
СЕКЦИЯ №38	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА	45
СЕКЦИЯ №39	
ТОКСИКОЛОГИЯ	45
СЕКЦИЯ №40	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ	45
СЕКЦИЯ №41	
ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ	45
СЕКЦИЯ №42	
УРОЛОГИЯ	45
СЕКЦИЯ №43	
ФТИЗИАТРИЯ	45
СЕКЦИЯ №44	
ХИРУРГИЯ	45
СЕКЦИЯ №45	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	46
СЕКЦИЯ №46	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	46
СЕКЦИЯ №47	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА	46
СЕКЦИЯ №48	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА	46
СЕКЦИЯ №49	
ОРГАНИЗАЦИЯ АРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА	46
СЕКЦИЯ №50	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ	46
СЕКЦИЯ №51	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	46
СЕКЦИЯ №52	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ	46
СЕКЦИЯ №53	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ	46
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2022 ГОД	47

СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Герасимова И.В., Сахаутдинова И.В.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

По последним данным, представленным Всемирной организацией здравоохранения гипертензивные расстройства при беременности, а в частности преэклампсия и эклампсия, являются одними из самых частых причин материнской смертности, уступая только инфекционным осложнениям и послеродовым кровотечениям [1].

Гипертензивные расстройства при беременности манифестируют в 5-10% наблюдений, а также обуславливают порядка 25% причин перинатальной смертности [2]. Высокая социальная значимость собственно преэклампсии объясняется ее повсеместной распространенностью и высоким числом осложнений [3]. Согласно действующему практическому руководству FIGO, посвященному преэклампсии, ежегодно по всему миру от преэклампсии погибает 76 000 женщин и 500 000 младенцев [4]. Кроме того, женщины в странах с низким уровнем ресурсов подвержены более высокому риску развития данного осложнения беременности по сравнению с женщинами в странах с высоким уровнем.

Преэклампсия - осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД >140 мм рт. ст.и/или ДАД >90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности.

С клинической точки зрения выделяют раннюю преэклампсию (с дебютом до 34 недель беременности) и позднюю преэклампсию (с дебютом после 34 недель беременности). Ранняя преэклампсия, развивается значительно реже, чем поздняя, составляя лишь 12% от общего числа случаев заболевания, однако, ее манифестация ассоциирована с большими рисками материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [5].

Цель исследование: оценить тяжесть перинатальных исходов при различных формах сроках манифестации преэклампсии

Материал и методы исследования

Нами было проведено ретроспективное сравнительное рандомизированное исследование. Всего было изучено 588 карт ведения беременности, из которых было выделено 34 карты пациенток возраста 31-40 лет с тяжелой преэклампсией. Все пациентки находились на учете по ведению беременности в структуре госпиталей «Мать и Дитя» в различных городах с 2014 по 2017 годы. Критериями включения в исследование были: тяжелая преэклампсия, осложнившая течение беременности и родов. Критерии исключения: тяжелая соматическая патология, генетические аномалии плода (по результату скрининга), многоплодная беременность, а также отказ пациентки от включения в исследование. Вошедшие в исследование пациентки разделены на 2 группы: 1- пациентки с реализовавшейся ранней преэклампсией (до 34 недель гестации)- 10 человек, 2- пациентки с поздней преэклампсией - 24 человека.

Результаты исследования. Мы так же выделили 3 группу- 66 пациенток, беременности которых преэклампсией не осложнились.

Мы проанализировали методы родоразрешения во всех группах, таблица 1

Таблица 1- количество оперативных родов в исследуемых группах

Оперативное родоразрешение	1, n 10	2, n 24	3, n 66
Абсолютное число	10	21	23
Относительное общего, %	100	87,5	34,85

В обеих группах показанием для оперативного родоразрешения во всех случаях была манифестация тяжелой преэклампсии и отсутствие условий для быстрого, бережного вагинального родоразрешения.

Средний срок родоразрешения в 1 группе составил $28,66 \pm 0,59$ нед, во 2- $37,32 \pm 0,20$, во 3 группе $38,65 \pm 0,14$, рис.1-%

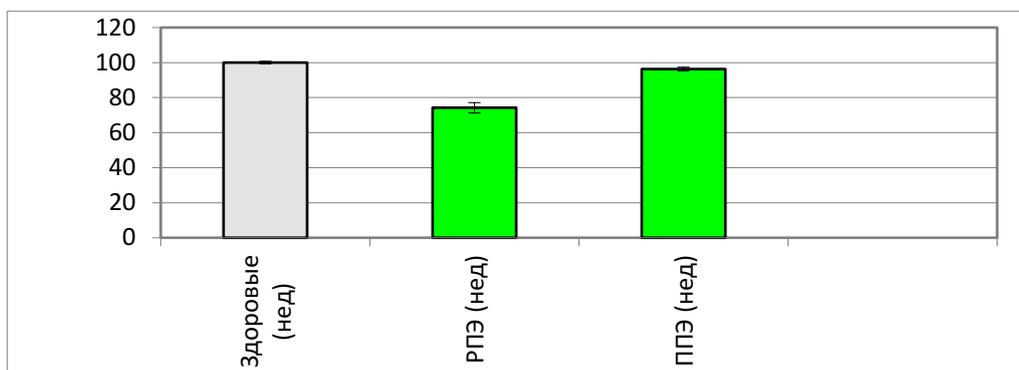


Рисунок 1- Срок родоразрешения в исследуемых группах

Медиана по сроку родов в 1 группе 29 нед, во 2 группе 37 нед, во 3 группе 39 нед, рис.2

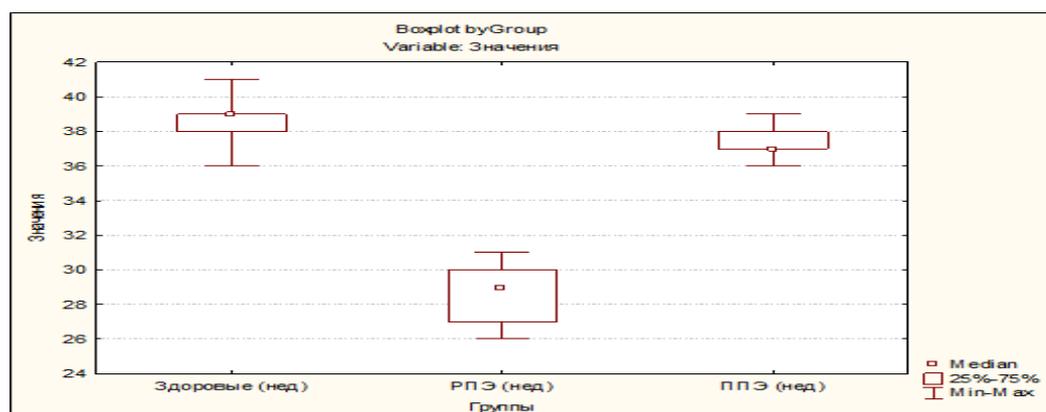


Рисунок 2- Медиана и межквартильный интервал по параметру: срок родоразрешения.

В группе 1 живорождением закончилось 8 случаев из 10 (80%), в других группах перинатальной смертности не отмечено.

Оценка состояния плода проводилась при поступлении в стационар посредством ультразвукового исследования (фетометрия/доплерометрия), а так же кардиотокографии в динамике на этапе стационарного лечения. Проведенная оценка предполагаемой массы плода при манифестации преэклампсии дает четкое представление о патогенезе состояния: развитие ранней преэклампсии в большей степени коррелирует с манифестацией первичной плацентарной недостаточности, так как именно при ранней преэклампсией фиксируется больший процент родов маловесными для гестационного срока плодами (синдром задержки роста плода- СЗРП), таблица 2.

Таблица 2- количество оперативных родов в исследуемых группах

Дети с СЗРП	1, n 10	2, n 24	3, n 66
Абсолютное число	5	3	1

Относительно общего,%	50	12,5	1,52
-----------------------	----	------	------

Средняя масса плода при рождении в 1 группе составила $957,70 \pm 129,79$ г, 2 группе- $3043,60 \pm 112,76$ г., в 3 группе $3361,72 \pm 47,21$ г, рис.3-%

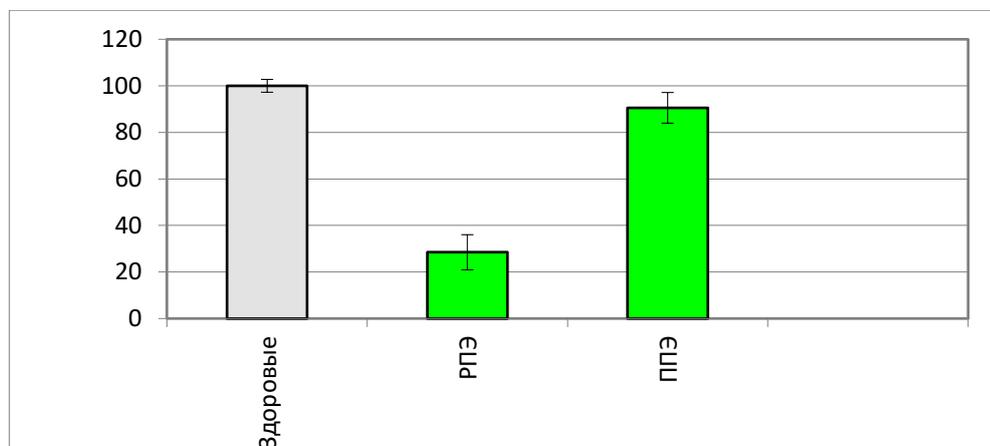


Рисунок 3- Масса плода в исследуемых группах,%

Статистически достоверным является рождение детей с меньшей массой тела в 1 группе.

Мы так же проанализировали оценку по шкале Апгар на 1 и 5 минуте рождения во всех группах. Для 1 группы она составила $5,66 \pm 0,356$., 1-7,78 $\pm 0,096$, 3 группы- $8,23 \pm 0,08$, рис 4-%

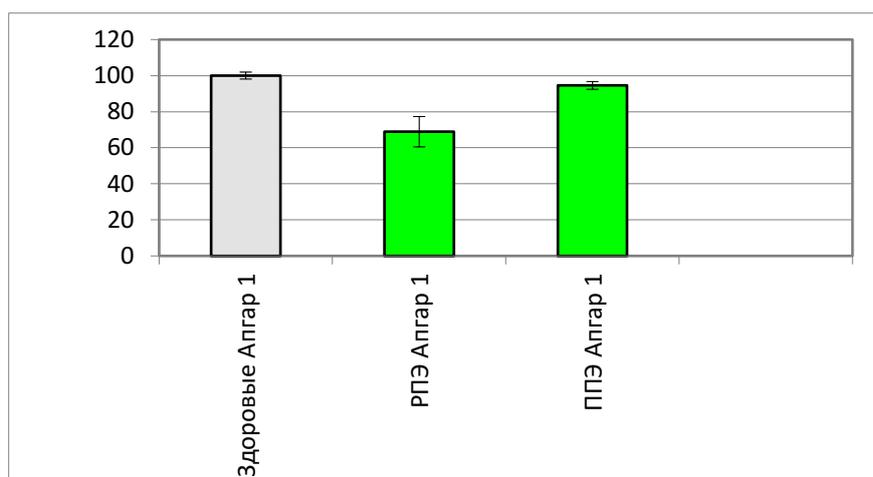


Рисунок 4- Оценка по шкале Апгар на 1 минуте в исследуемых группах,%

На 5 минуте жизни баллы составили 1 группе $6,88 \pm 0,286$, 2- $8,78 \pm 0,096$, в 3 группе $9,36 \pm 0,06$ б, рис. 5-%

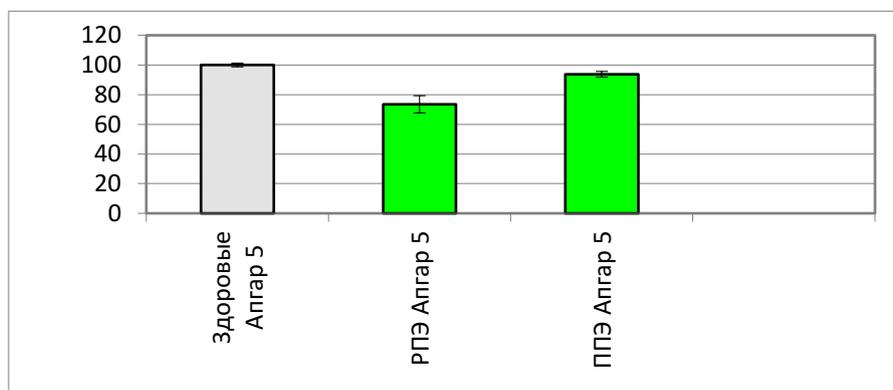


Рисунок 5- Масса плода в исследуемых группах, %

Статистически достоверны более тяжелые перинатальные исходы у пациентов с ранней преэклампсией.

Выводы. Можно утверждать, что ранняя преэклампсия ассоциирована с высоким числом постнатальных осложнений и рисков, что делает ее профилактику и своевременную диагностику одной из первостепенных задач современного акушерства. Что же касается поздней преэклампсии, по данным, отраженным ранее, мы видим, что критических воздействий на плод она не несет, однако, крайне важным является максимально возможное пролонгирование беременности, для чего, разумеется, необходим тщательный акушерский мониторинг состояния матери и плода.

Список литературы:

1. WHO 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Knight M., Nair M., Tuffnell D., Kenyon S., Judy S., Brocklehurst P., et al. Saving Lives, Improving Mothers' Care: Surveillance of maternal deaths in the UK 2012–14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–14. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit. 2016. 1–102 p
3. S. Rana, E. Lemoine, J. Granger, S.A. Karumanchi Preeclampsia. Circ Res, 124 (2019), pp. 1094-1112, 3 ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia Obstet Gynecol, 133 (2019), pp. e1-e25
4. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, McAuliffe F, da Silva Costa F, von Dadelszen P, McIntyre HD, Kihara AB, Di Renzo GC, Romero R, D'Alton M, Berghella V, Nicolaides KH, Hod M. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. Int J Gynaecol Obstet. 2019 May;145 Suppl 1(Suppl 1):1-33
5. Büyükerem M, Çelik HT, Örgül G, Yiğit Ş, Beksaç MS, Yurdakök M. Neonatal outcomes of early- and late-onset preeclampsia. Turk J Pediatr. 2020;62(5):812-819

СЕКЦИЯ №2.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА

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**

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

Палевская С.А., Касымжанова А.Т., Блашанцев М.К.

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

Резюме. Неинфекционные заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания и диабет, являются основными причинами инвалидности, плохого состояния здоровья, выхода на пенсию по состоянию здоровья и преждевременной смерти в ЕС, что приводит к значительным социальным и экономическим издержкам (1). По данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), ежегодно в ЕС примерно 550 000 человек трудоспособного возраста преждевременно умирают от неинфекционных заболеваний. Как основная причина смертности в ЕС, они составляют большую часть расходов на здравоохранение, что обходится экономике ЕС в 115 миллиардов евро, или 0,8% ВВП в год (2,3). Вместе с тем очевидно, что одной из причин такой распространенности НИЗ являются многочисленные факторы риска, которые сегодня четко идентифицированы и мониторинг которых осуществляется во многих странах мира на систематической основе (4, 5). Исследование основано на анализе открытых данных (ec.europa.eu), содержащих статистическую информацию, касающуюся показателей здоровья населения 34 европейских стран. Анализ произведен в контексте оценки распространенности факторов риска НИЗ.

Resume. Non-communicable diseases such as cardiovascular disease, cancer, chronic respiratory disease and diabetes are major causes of disability, ill health, health-related retirement and premature death in the EU, resulting in significant social and economic costs (1). According to the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), approximately 550,000 people of working age die prematurely in the EU each year from non-communicable diseases. As the leading cause of death in the EU, they account for the majority of health care spending, costing the EU economy 115 billion euros, or 0.8% of GDP per year (2,3). It is clear, however, that one reason for this prevalence of NCDs is the numerous risk factors that are now clearly identified and systematically monitored in many countries of the world (4, 5). The study is based on the analysis of open data (ec.europa.eu) containing statistical information relating to health indicators in 34 European countries. The analysis was performed in the context of the prevalence of NCD risk factors.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили открытые данные портала ec.europa.eu, содержащие статистические данные, отражающие распространенность факторов риска НИЗ, таких как индекс массы тела, уровень употребления алкоголя, табака и физическая активность населения. Статистический анализ материала проводили с использованием пакета программ Microsoft Office.

Результаты и их обсуждение. Анализ распространенности употребления табака проводили по трем критериям: «не употребляют табак», «периодически употребляют табак», «употребляют табак постоянно». Анализировали показатели за 2014 и 2019 годы. Результаты представлены на рис. 1



Рис.1 Распространенность курения среди населения стран ЕС (сравнительный анализ за пять лет).

Как показывают результаты исследования доля некурящих лиц за пять лет выросла (с 75,1% до 75,8%) на фоне снижения эпизодически курящих лиц и постоянно курящих лиц. Однако, в общей структуре населения доля некурящих и эпизодически курящих лиц значительно преобладает.

Сравнительный анализ доли некурящих лиц по отдельным странам ЕС (рис.2), показал, что наибольший результат за пять лет достигнут в странах: Швеция (увеличение с 83,3 до 87,4%), Португалия (с 80,0 до 83,0%), Нидерланды (с 74,8 до 78,9%), Ирландия (с 78,0 до 81,8), Исландия (с 81,2 до 86,3%), Франция (с 71,7 до 76,0%).

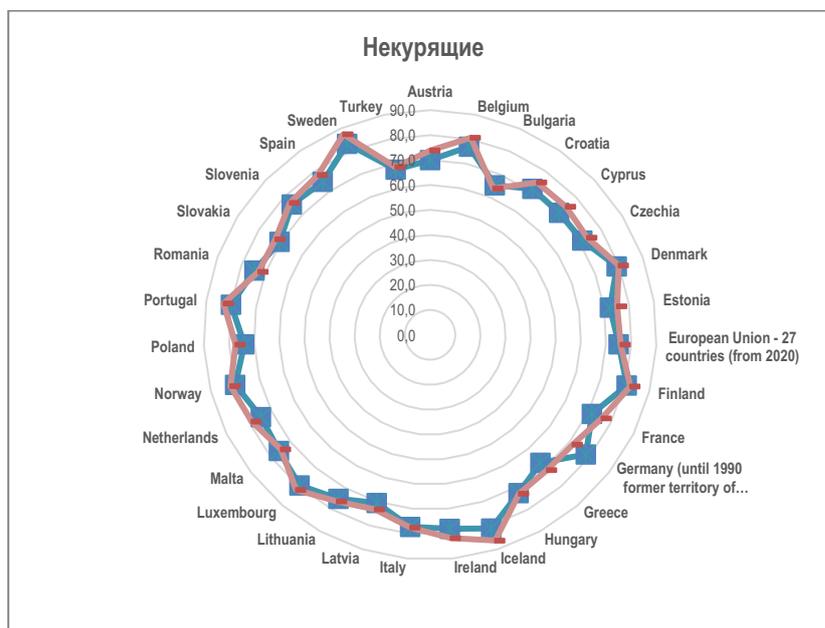


Рис.2 Сравнительный анализ числа некурящих по странам ЕС.

За этот же период количество курильщиков увеличилось в таких странах как Румыния (уменьшения с 74,3 до 72,7%), Норвегия, Люксембург, Финляндия, Эстония, Хорватия (рис.3).

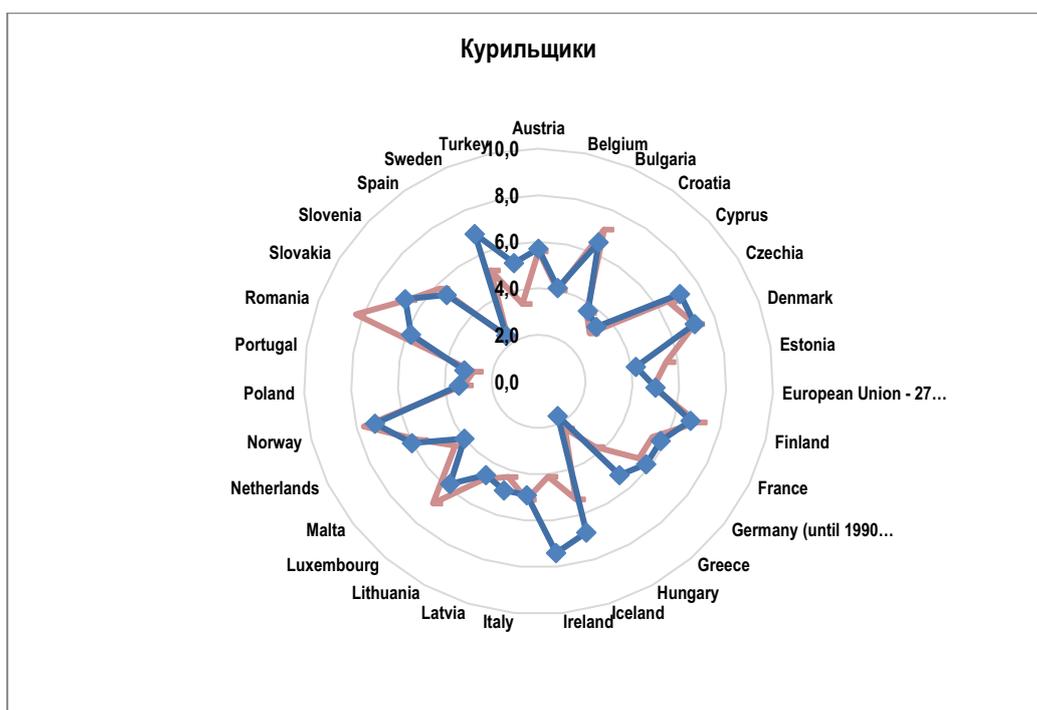


Рис.3. Динамика изменения числа курильщиков в странах ЕС за период с 2014 по 2019 гг.

Анализ распространенности ожирения проводили по четырем критериям: недостаточный вес (ИМТ менее 18), нормальный вес (ИМТ от 18 до 24), предрасположенность к ожирению (ИМТ от 25 до 29), ожирение (ИМТ более 30) (рис.4).

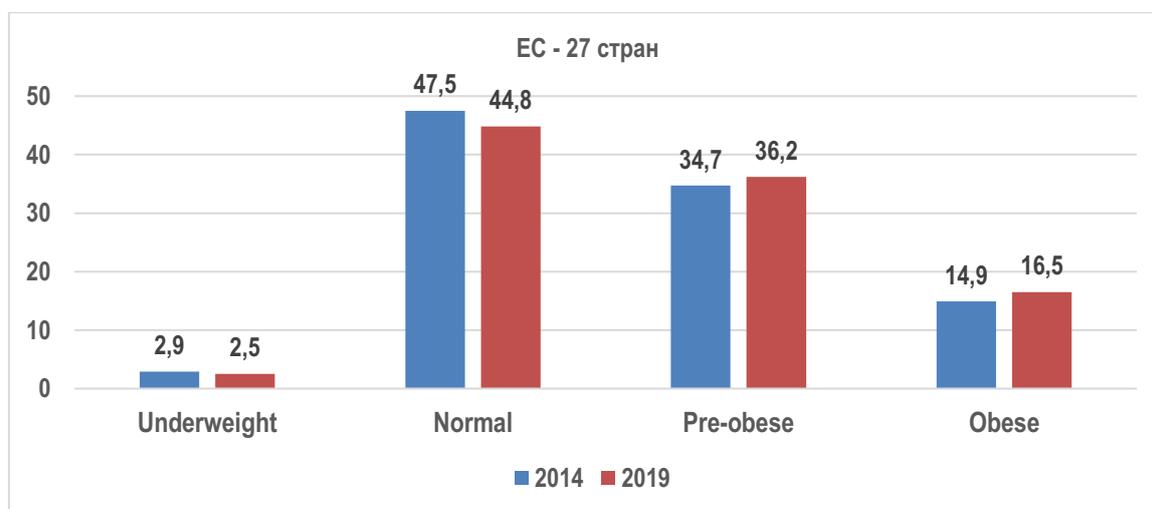


Рис.4. Анализ динамики ИМТ в странах ЕС за период с 2014 по 2019 гг.

Результаты исследования показали, что по всем странам ЕС за пять лет доля лиц с установленным ожирением выросла с 14,9 до 16,5%, причем наибольшая отрицательная динамика отмечена в таких странах, как Германия, Ирландия, Хорватия, Латвия, Венгрия, Финляндия, Исландия, Турция, Мальта (рис.5).

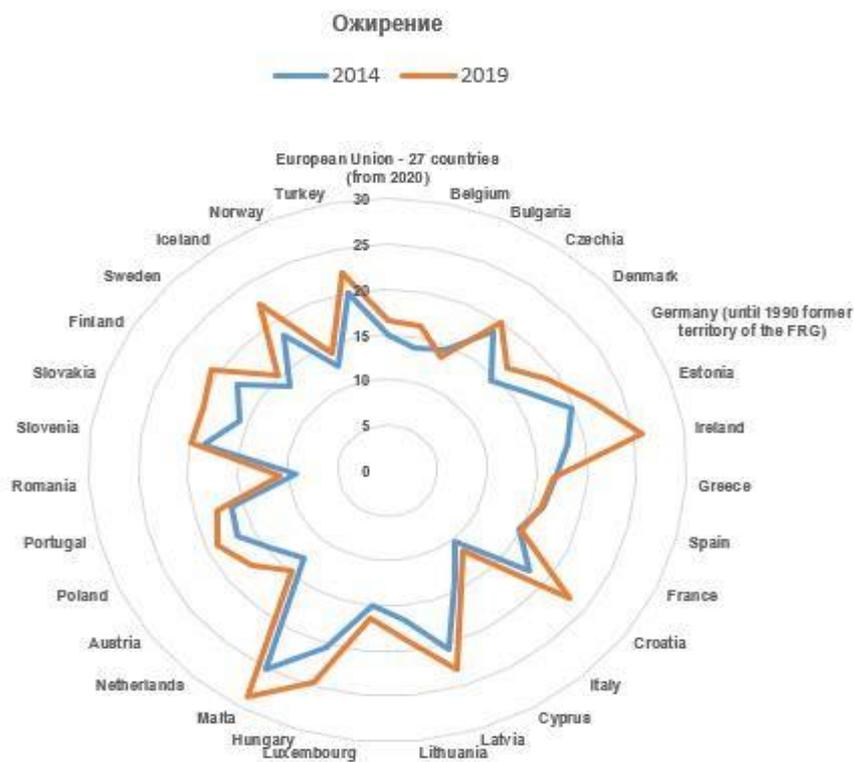


Рис.5 Распространенность ожирения в отдельных странах ЕС за период с 2014 по 2019 гг.

Анализ употребления алкоголя проводили по следующим параметрам: употребление алкоголя ежедневно, употребление алкоголя каждую неделю, употребление алкоголя каждый месяц, употребление алкоголя менее одного раза в месяц, не употреблял алкоголь в течение последних 12 месяцев. Сводные результаты представлены на рис. 6.

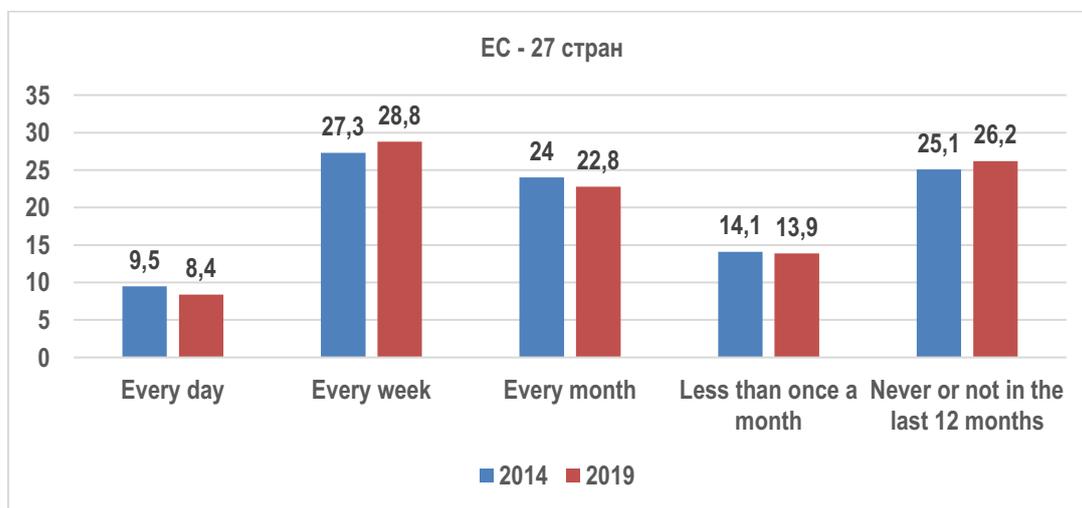


Рис.6. Результаты анализа употребления алкоголя за период с 2014 по 2019 гг.

Анализ употребления алкоголя по отдельным странам ЕС по таким критериям как «употребление алкоголя каждый день» и «употребление алкоголя каждую неделю» представлены на рис.7 и 8.

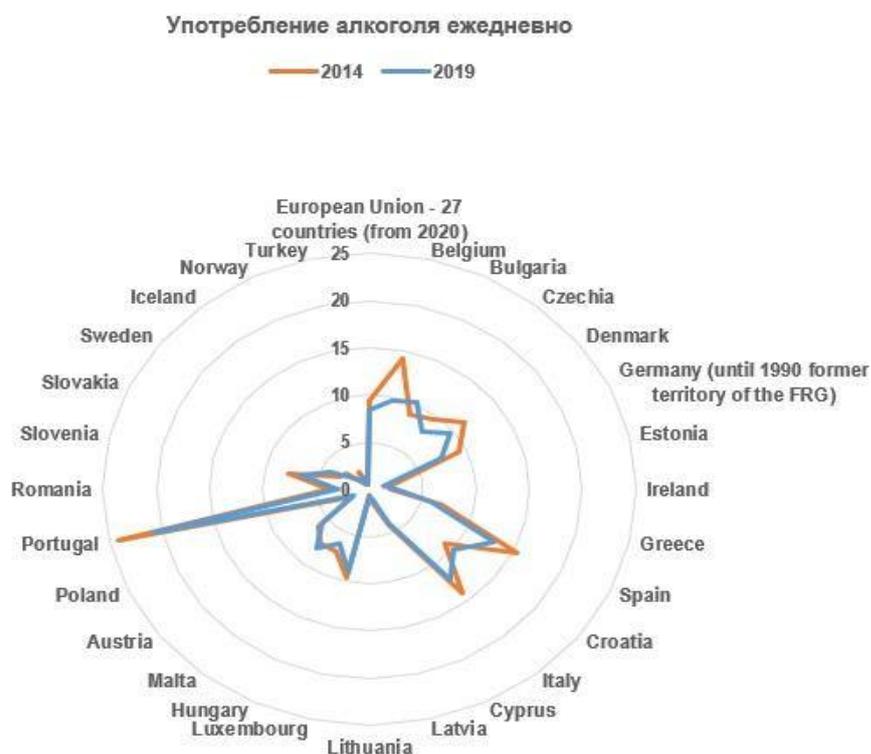


Рис.7 Анализ употребления алкоголя по странам ЕС по критерию «употребление алкоголя ежедневно» за период с 2014 по 2019 гг.

По данному критерию лидируют такие страны как Болгария, Исландия, Мальта, Словакия.

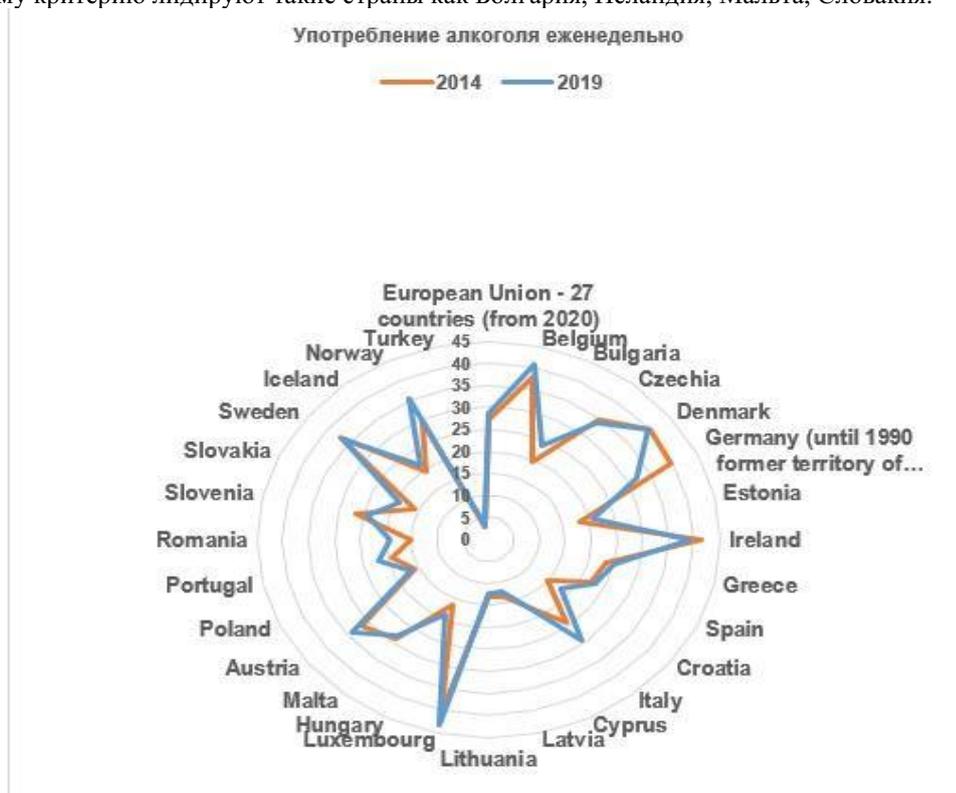


Рис.8 Анализ употребления алкоголя по странам ЕС по критерию «употребление алкоголя еженедельно» за период с 2014 по 2019 гг.

По данному критерию лидируют страны: Бельгия, Болгария, Греция, Хорватия, Италия, Люксембург, Венгрия, Австрия, Румыния, Словакия, Исландия, Норвегия.

Анализ физической активности населения проводили по критериям: аэробная нагрузка, мышечная нагрузка, аэробная и мышечная нагрузка.

Результаты показывают, что по критерию «аэробная нагрузка» (рис.9) лидируют страны: Исландия, Норвегия, Финляндия, Дания, Австрия. По критерию «мышечная нагрузка» (рис.10) – Исландия, также же как и по критерию «аэробная и мышечная нагрузка» (рис.11).

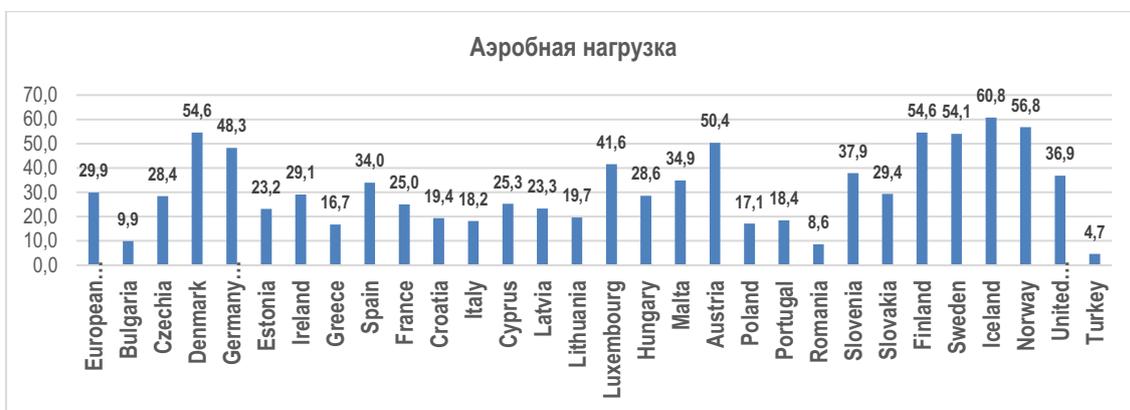


Рис.9. Анализ распространенности физической нагрузки по критерию «аэробная нагрузка» по отдельным странам ЕС (данные 2014 г).



Рис.10. Анализ распространенности физической нагрузки по критерию «мышечная нагрузка» по отдельным странам ЕС (данные 2014 г).



Рис.11. Анализ распространенности физической нагрузки по критерию «аэробная и мышечная нагрузка» по отдельным странам ЕС (данные 2014 г).

Проведенный анализ показывает, что в различных странах Евросоюза сложилась различная культура употребления табака, алкоголя, культура питания и занятия физическими упражнениями. Минимизация

факторов риска развития НИЗ требует программного подхода. Однако, очевидно, что необходим также индивидуальный подход к пациентам, входящим в группу риска.

Список литературы.

1. Pullar J, Allen L, Townsend N, Williams J, Foster C, Roberts N, et al. The impact of poverty reduction and development interventions on non-communicable diseases and their behavioural risk factors in low and lower-middle income countries. a systematic review. *PLoS ONE*. (2018) 13:e0193378. doi: 10.1371/journal.pone.0193378 [PubMed Abstract](#) | [CrossRef Full Text](#) | [Google Scholar](#)
2. World Health Organization and United Nations Development Programme, What Legislators Need to Know: Non-communicable Diseases, 2018, <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIVIDS/NCDs/Legislators%20English.pdf>
3. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD). (2019). Available online at: https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/
4. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724
5. OECD/EU (2016). Health at a glance: Europe 2016 – State of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing; 2016. doi. org/10.1787/9789264265592-en.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С.А. Палевская^{1,2}, А.Е. Ефимов³

1 - ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, ул. Чапаевская, д.89, Российская Федерация, 443079

2 - ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», ул. Воронцово поле, д.12, строение 1, Москва, Российская Федерация, 105064

3 - ГБУЗ СО «Жигулевская ЦГБ», Самарская область, Жигулевск, ул. Первомайская, д.10, 445350

Резюме. Обслуживание населения на первичном уровне здравоохранения реализуется через систему первичной медико-санитарной помощи. Одной из задач, которую приходится решать в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения, являются попытки расширения охвата населения первичной медико-санитарной помощью (1). Одним из путей решения этой проблемы является применение в первичном звене здравоохранения телемедицинских технологий. Сегодня телемедицинские технологии определяются как информационные технологии, которые обеспечивают дистанционное взаимодействие между врачами, либо между врачом и пациентом и (или) его законным представителем, идентификацию указанных лиц, документальную фиксацию совершаемых действий по результатам консилиумов, консультаций, дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента" (2). 29 июня 2017 года в РФ был принят федеральный закон 242-ФЗ «"О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья" (3). В соответствии с этим законом медицинская помощь с применением телемедицинских технологий организуется и оказывается в «порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи»

(4). Данное исследование касается изучения нормативного сопровождения информирования пациента о медицинских вмешательствах с использованием телемедицины.

Материал и методы. Исследование основано на изучении нормативных актов, регулирующих вопросы применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи.

ON THE USE OF TELEMEDICINE TECHNOLOGIES IN PRIMARY HEALTH CARE

S.A. Palevskaya ^{1,2}, A.E. Efimov ³

1 - FSBEI HE SamSMU MOH Russia, 89 Chapayevskaya St., Samara, Russian Federation, 443079

2 - FSSBI «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», Vorontsovo Pole str., 12-1, Moscow, Russian Federation, 105064

3 - SBHI SO "CCH CD Zhigulevsk", Zhigulevsk, Pervomayskaya str., 10, Russian Federation, 445350

Summary. Primary health care is delivered through the primary health care system. One of the challenges that have to be met in the context of limited health care resources is trying to expand the coverage of primary health care (1). One of the solutions to this problem is the use of telemedicine technologies in primary health care. Today, telemedicine technologies are defined as information technologies that provide remote interaction between doctors, or between a doctor and a patient and (or) his legal representative, identification of these persons, documentation of actions taken based on the results of consultations, consultations, remote monitoring of the patient's health" (2). On June 29, 2017, the Russian Federation adopted federal law 242-FZ "On Amendments to Certain Legislative Acts of the Russian Federation on the Application of Information Technologies in the Sphere of Health Protection" (3). In accordance with this law, medical care with the use of telemedicine technologies is organized and provided in "the order established by the authorized federal executive body, as well as in accordance with the order of medical care and taking into account the standards of medical care" (4). This study concerns the study of regulatory support for informing the patient about medical interventions using telemedicine.

Начиная с 2107 года телемедицинские технологии начинают применяться в медицинской практике. Появление этой технологии ни в коей мере не заменяет традиционные методы диагностики и организации лечебного процесса. Телемедицина рассматривается как альтернатива предоставления медицинских услуг, и направлена на повышение качества и эффективности традиционных методов оказания медицинских услуг (5).

Использование телемедицинских технологий требует, прежде всего, правильного информирования пациента о том, что медицинская помощь будет оказываться ему с применением телемедицинских технологий.

Право пациента на информированность предусмотрено целым рядом международных и российских нормативных документов, к которым относятся: статья 5 Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека (6), статья 5 Европейской конвенции о правах человека и биомедицине (7), статья 5 Модельного закона о защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах - участниках СНГ (8), статья 6 Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека (9), статья 13 Дополнительного протокола к конвенции о правах человека и биомедицине в области биомедицинских исследований (10) и др.

Получив необходимую информацию, пациент вправе дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него (статья 20 федерального закона от 21.11.11 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Схожая практика существует в различных странах мира. Так, в Германии пациента информируют также о вероятности возникновения различных рисков, о шансах на выздоровление, рисках ухудшения состояния здоровья в случае невыполнения вмешательства или невыполнения рекомендаций врача (11).

Некоторые авторы отмечают, что "информированное согласие является условием законности проведения медицинского вмешательства и средством профилактики возникновения юридических конфликтов" (12).

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства (13), содержащий конкретные типовые формы вышеуказанных действий утвержден Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N 1177н от 20 декабря 2012 года.

В соответствии с частью 7 статьи 20 федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", «...информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства может быть оформлено не только в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником, но и сформировано в форме электронного документа».

Он должен быть «...подписан гражданином, одним из родителей или иным законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи» (п.4, ст.3 федерального закона N 242-ФЗ от 29.07.2017).

Таким образом, при анализе вышеприведенных нормативных документов, очевидно, что юридическую ответственность за вред, причиненный жизни (здоровью) пациента, должна нести медицинская организация, в которой он наблюдается. Вместе с тем, ряд вопросов остается пока нерешенными. Так, не совсем ясно, кто должен нести юридическую ответственность за причинение вреда жизни (здоровью) пациента при лечении с применением телемедицины, что, безусловно, требует дополнения и конкретизации формы информированного добровольного согласия.

Сегодня первичная медико-санитарная помощь в РФ находится в процессе реформирования. В рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуются основные задачи по оптимизации работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, определены основные принципы предоставления медицинской помощи населению. Поэтому эффективность внедрения инновационных технологий, в частности, телемедицинских сервисов, очень важна (14).

Телемедицина в настоящее время включает дистанционное управление медицинской диагностической аппаратурой и дистанционное проведение лечебных воздействий, хирургических операций на основе использования дистанционно управляемой робототехники (15). Телемедицину можно определить, как использование телекоммуникационных технологий для предоставления медицинской информации и услуг.

Системы телемедицины, как правило, имеют иерархическую многоуровневую структуру, которая включает в себя следующее:

- локальный/удаленный центр телемедицины,
- городская/районная больница,
- специализированный центр.

Методики телемедицинского консультирования «пациент-врач» развиваются наиболее активно. Новые концепции телемедицины объединяют клинические вопросы, профилактику, поддержание здорового образа жизни, правильного питания. Происходит формирование новых продуктов в сфере геномики, «искусственного интеллекта» (16).

Проводятся отдельные исследования по изучению эффективности применения телемедицинских технологий при диспансеризации пациентов с болезнями системы кровообращения. Так, Артамонова Г.В. и соавторы показали, что разработка и внедрение информационной системы первичных медицинских осмотров и профилактики БСК позволяет формировать комплексный подход к выявлению факторов риска и их оценки» (17).

Однако, в одном из исследований, выполненных в ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения г. Москвы», было показано, что «...общий уровень доказательности эффективности и безопасности телемедицинских консультаций «пациент-врач» остается низким». Авторы делают вывод о необходимости планирования, организации и проведения мультицентрового слепого рандомизированного исследования для обоснования возможности назначений при телемедицинском консультировании «пациент-врач» медикаментозного лечения отдельных состояний (16).

Проведенный анализ показал необходимость доработки нормативной правовой базы, регулирующей вопросы оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий. В частности, это касается порядков оказания медицинской помощи, поскольку требуется включение в перечень необходимого оборудования оборудования для оказания телемедицинских услуг. Эти же аспекты должны учитываться при разработке клинических рекомендаций.

Список литературы.

1. Калининская А.А., Леванов В.М., Кизеев М.В. Телемедицина в первичном звене здравоохранения. Справочник врача общей практики №12 2017. 2017;12.
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст. 2 (в редакции федерального закона N 242-ФЗ от 29.07.2017)
3. Федеральный закон от 29 июля 2017 г. N 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья".
4. О внесении изменений в ст. 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций: Федеральный закон от 25.12.2018 N 489-ФЗ // СПС "КонсультантПлюс".
5. Базина О.О., Сименюра С.С. Телемедицина: достоинства, недостатки, реалии (правовой анализ и практическое применение) // "Медицинское право", 2020, N 3
6. Всеобщая декларации о геноме человека и правах человека: принята 11.11.1997 Генеральной конференцией Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры // Организация Объединенных Наций: сайт. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/human_genome
7. Европейская конвенция о правах человека и биомедицине, принятая в Овьедо 04.04.1997. URL: <http://www.imbp.ru/BioEtika/Principles/Convention.html>
8. Модельный закон о защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах - участниках СНГ: принят в г. Санкт-Петербурге 18.11.2005 Постановлением 26-10 на 26-ом пленарном

- заседании Межпарламентской Ассамблеи государств - участников СНГ // СПС "КонсультантПлюс".
9. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая путем аккламации 19.10.2005 на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО. URL: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180r.pdf>
 10. Дополнительный протокол к Конвенции о правах человека и биомедицине в области биомедицинских исследований, принятый в Страсбурге 25.01.2005. URL: http://megalib.com.ua/content/2825_Dopolnitelnyi_Protokol_k_Konvencii_o_pravah_cheloveka_i_biomedicine_v_oblasti_biomedicinskih_issledovanii.html
 11. Bundschuh, Aufklarung uber den Grand der Dringlichkeit des Eingriffs // Medizinrecht (MedR), 1986. S. 152.
 12. Стеценко С.Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России: исторический и теоретико-правовой анализ: Дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00. С.-Петербург, 2002. 452 с. // dslibnet библиотека диссертаций: сайт. URL: <http://www.dslib.net/teoria-prava/juridicheskaja-reglamentacija-medicinskoj-dejatelnosti-v-rossii.html>
 13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства // СПС "КонсультантПлюс".
 14. Лукошкова А.С., Диваков Д.С., Цыбульский К.К. Телемедицинские технологии как средство повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи//«Молодой учёный» . № 6 (296) Медицина, Февраль 2020 г., с. 94-95
 15. Калининская А.А., Леванов В.М., Маликова Л.М. Телемедицина в первичном звене здравоохранения//Главный врач, N 11, 2014 год.
 16. Владзимирский А.В. Первичная телемедицинская консультация «пациент-врач»: первая систематизация методологии// Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2017; 2:50-61.
 17. Артамонова Г.В., Мандзилевская С.В., Коваленко О.В., Индукаева Е.В., Макаров С.А., Барбараш Л.С. Информационные технологии в профилактике болезней системы кровообращения в первичном звене здравоохранения// Материалы Международной конференции «Современная кардиология: эра инноваций», Сибирский медицинский журнал, 2017, Том 25, №2, Выпуск 1, с. 57.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

С.А. Палевская^{1,2}, В.М. Меркурьев³

1 – ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, ул. Чапаевская, д.89, Российская Федерация, 443079

2 - ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», ул. Воронцово поле, д.12, строение 1, Москва, Российская Федерация, 105064

3 – ФГБНУ ЦКБ РАН, Литовский бульвар, 1А, Москва, Российская Федерация, 117593

Резюме. Рак является одной из ключевых проблем здравоохранения. Это связано с высокими показателями заболеваемости, высокой смертностью, дефектами регистрации ранних форм рака, неудовлетворительными результатами лечения и продолжающимся воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды (1). Одной из распространенных форм рака является колоректальный рак. Ожидается, что к 2030 году глобальное бремя колоректального рака увеличится на 60% и составит более 2,2 миллиона новых

случаев и 1,1 миллиона смертей (2). Оказание медицинской помощи пациентам с колоректальным раком осуществляется с учетом нормативной базы, действующей на территории РФ (3,4,5). В исследовании проведен анализ актуальных нормативных актов, регулирующих вопросы маршрутизации пациентов с данной патологией.

Материал и методы. Материалом для исследования стал анализ нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы маршрутизации пациентов с онкологической патологией. При оценке материала применяли метод сравнительного анализа.

REGULATORY SUPPORT FOR ROUTING OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

S.A. Palevskaya^{1,2}, V.M. Merkurev³

1 - FSBEI HE SamSMU MOH Russia, 89 Chapayevskaya St., Samara, Russian Federation, 443079

2 - FSSBI «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», Vorontsovo Pole str., 12-1, Moscow, Russian Federation, 105064

3 - Federal State Budgetary Research Institution CENTRAL CLINICAL HOSPITAL OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES., Litovskiy Blvd. 1A, Moscow, Russian Federation, 117593

Summary. Cancer is a key public health problem. It is associated with high rates of morbidity, high mortality, defects in the registration of early forms of cancer, unsatisfactory treatment outcomes, and continued exposure to adverse environmental factors (1). One common form of cancer is colorectal cancer. By 2030, the global burden of colorectal cancer is expected to increase by 60% to over 2.2 million new cases and 1.1 million deaths (2). Medical care for patients with colorectal cancer is provided in accordance with the regulatory framework in force in the Russian Federation (3,4,5). The study analyzed the current regulatory acts regulating the issues of routing of patients with this pathology.

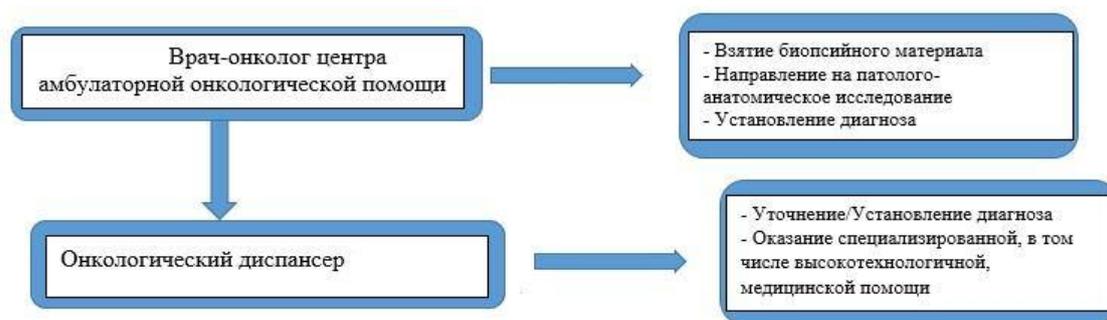
До 1 января 2022 года оказание медицинской помощи пациентам с онкопатологией в нашей стране реализовалось в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология".

В соответствии с этим нормативным актом, порядок маршрутизации пациентов с онкопатологией был определен рядом разделов этого приказа:

«При подозрении или выявлении у больного онкологического заболевания врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют больного на консультацию в центр амбулаторной онкологической помощи либо в первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Консультация в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении медицинской организации должна быть проведена не позднее 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию».

Дальнейшая маршрутизация выглядела следующим образом.



Следует подчеркнуть, что каждый этап маршрутизации ограничен четкими временными сроками: так, «срок выполнения патолого-анатомических исследований, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования, не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патолого-анатомическое бюро», а «срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, не должен превышать 14 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 14 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования».

Важным этапом оказания медицинской помощи этой категории больных является их диспансерное наблюдение, которое осуществляется пожизненно:

в течение первого года - один раз в три месяца,

в течение второго года - один раз в шесть месяцев,

в дальнейшем - один раз в год.

Приказ имеет 36 приложений и описывает все этапы оказания медицинской помощи от организации деятельности первичного онкологического кабинета до стандарта оснащения дневного стационара онкологического диспансера.

Детальное оказание медицинской помощи с учетом нозологической формы учтено в стандартах медицинской помощи (например, Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1196н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)» или Приказ Минздрава России от 28 апреля 2007 г. 313н «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с доброкачественными новообразованиями ободочной кишки неуточненной части») и клинических рекомендациях.

Одним из структурных подразделений в системе оказания медицинской помощи онкологическим больным стали Центры онкологической помощи (далее – ЦОП), созданные в соответствии с «Методическими рекомендациями по организации центров амбулаторной онкологической помощи в субъектах Российской Федерации»

(Письмо

Минздрава России от 17 августа 2021 г. N 17-4/3549). В соответствии с этим документом, основными задачами ЦОП являются:

«...установление диагноза злокачественного новообразования в максимально короткие сроки, не превышающие, установленные программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации;

- лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе проведение противоопухолевой лекарственной терапии в рамках дневного стационара, реализация мероприятий по повышению приверженности пациентов к лечению и контроль состояния онкологического пациента, как во время лечения, так и после его завершения в сроки, утвержденные клиническими рекомендациями;

- осуществление диспансерного наблюдения пациентов с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями в установленные сроки, направление пациентов для получения паллиативного лечения и реабилитации, учет онкологических пациентов;

- организационно-методическая работа, включающая в себя оказание методической поддержки медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по вопросам вторичной профилактики, повышения уровня знаний о ранних симптомах онкологических заболеваний и по разбору запущенных случаев».

По мнению авторов проекта, реализация такого подхода призвана «обеспечить территориальную и транспортную доступность для пациентов при получении медицинской помощи, снизить нагрузку на консультативно-диагностические подразделения онкологического диспансера». Иными словами, вопросы маршрутизации пациентов решаются путем упорядочивания потоков первичных пациентов.

С 1 января 2022 года приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. N 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология" утрачивает свою силу и начинает действовать новый приказ МЗ РФ от 19 февраля 2021 года №116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».

Анализ документа позволяет отметить несколько ключевых отличий.

Во-первых, в приказе четко прописана роль центров амбулаторной поликлинической помощи. Делается акцент на применение телемедицинских технологий для определения лечебной тактики.

Во-вторых, пунктом 20 нового приказа определено, что «информация о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, предоставляется пациенту лечащим врачом».

Сроки оказания медицинской помощи сформированы в виде отсылок к ряду действующих нормативных актов. Например, срок проведения консультации врача-онколога не должен превышать срок, установленного в программе государственных гарантий.

В-третьих, приказом (п. 28) прописан новый порядок маршрутизации пациентов «с онкологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Этот порядок «определяется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья с учетом права граждан на выбор медицинской организации и в том числе включает:

- перечень участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями и осуществляющих диспансерное наблюдение, по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи с указанием их местонахождения (адреса);

- схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара пациентам с онкологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в

реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара пациентам с онкологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- перечень заболеваний, при которых в обязательном порядке проводятся консультации с применением телемедицинских технологий как между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации, так и с федеральными медицинскими организациями».

И в-четвертых, в новый порядок не вошли нормы о скорой медицинской помощи, то есть был ликвидирован пункт об обязанности скорой помощи направлять или переводить пациента с подозрением или выявленным онкологическим заболеванием в профильную организацию.

Ну, и наконец, к числу важных изменений относится возможность применения телемедицинских технологий при оказании онкологической помощи. Особая роль телемедицине отведена при ряде онкологических заболеваний, а также в сложных клинических случаях при направлении материалов в референс-центры, и в дистанционный консультативный центр лучевой диагностики.

Таким, образом, очевидно, что новый порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях потребует гармонизации целого ряда действующих нормативных актов, а также оценки эффективности предложенной модели маршрутизации пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Макимбетов Э.К., Салихар Р.И., Туманбаев А.М., Токтаналиева А.Н., Керимов А.Д. Эпидемиология рака в мире // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 2.;URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29718> (дата обращения: 26.03.2022).
2. Arnold M., Sierra M.S., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality//Gut. 2017 Apr;66 (4):683-691. doi: 10.1136/gutjnl-2015-310912. Epub 2016 Jan 27.
3. Методические рекомендации по организации центров амбулаторной онкологической помощи в субъектах Российской Федерации. Письмо от 17 августа 2021 г. N 17-4/3549
4. Приказ МЗ РФ от 19 февраля 2021 года №116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».
5. Указ Президента Российской Федерации «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» от 21 июля 2021 № 474.

УПРАВЛЕНИЕ ФАКТОРАМИ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Палевская С.А., Касымжанова А.Т.

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

Резюме. Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические респираторные заболевания и их факторы риска, являются растущим вызовом для общественного

здравоохранения и развития Казахстана. Высокий уровень смертности, связанный с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), вызывают растущую озабоченность общества и национальных правительств. Основные факторы риска НИЗ делят на генетические факторы, факторы окружающей среды, факторы медицинского состояния и социально-демографические факторы и факторы самоконтроля (1). Исследователи факторов риска НИЗ, отмечают влияние питания на управление рисками и меры по профилактике НИЗ на всех этапах жизни (1, 2). Среди факторов риска НИЗ большое внимание уделяется ожирению (3). Подробно изучена распространенность ожирения и его различные фенотипы (2,3). Исследования, проведенные в республике Казахстан в 2019 году, показали, что абдоминальное ожирение встречается у 67,9% респондентов. Среди них 72,1% имеют хронические неинфекционные заболевания (4). Данное исследование посвящено оценке такого фактора риска НИЗ, как ожирение. В исследование включены 250 пациентов.

Summary. Noncommunicable diseases (NCDs), such as cancer, cardiovascular disease, diabetes, and chronic respiratory disease and their risk factors, are a growing challenge for public health and development in Kazakhstan. High mortality rates associated with non-communicable diseases (NCDs) are a growing concern for society and national governments. The major risk factors for NCDs are divided into genetic factors, environmental factors, medical condition factors, and sociodemographic and self-management factors (1). Researchers of NCD risk factors, note the influence of nutrition on risk management and measures to prevent NCDs at all stages of life (1, 2). Obesity has received considerable attention among NCD risk factors (3). The prevalence of obesity and its various phenotypes have been studied in detail (2,3). Studies conducted in the Republic of Kazakhstan in 2019 showed that abdominal obesity occurs in 67.9% of respondents. Among them, 72.1% have chronic non-infectious diseases (4). This study is devoted to the assessment of such risk factor of NCDs as obesity. A total of 296 patients were included in the study.

Материал и методы. Проведен анализ амбулаторных карт 300 пациентов с избыточной массой тела. Исследовали следующие показатели: рост, вес, возраст. При статистической обработке материала исследования использовали кластерный анализ. Для проверки статистической гипотезы о равенстве математических ожиданий случайных величин, имеющих необязательно равные известные дисперсии, использовали модификацию t-критерия Стьюдента – критерий Уэлча. Для проверки различий между двумя выборками парных или независимых измерений по уровню количественного признака, использовали непараметрический критерий Вилкоксона.

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов с учетом пола и возраста

Возраст, лет	Пол	
	Женский	Мужской
21-30	2	4
31-40	38	21
41-50	38	37
51-60	59	32
Старше 60 лет	29	48

При исследовании были выдвинуты две гипотезы:

- мужчины или женщины более склонны к ожирению/избыточному весу
- какая-то возрастная группа будет более склонна к ожирению/избыточному весу

Сначала провели анализ влияния пола на ИМТ. Результаты представлены на рис.1.

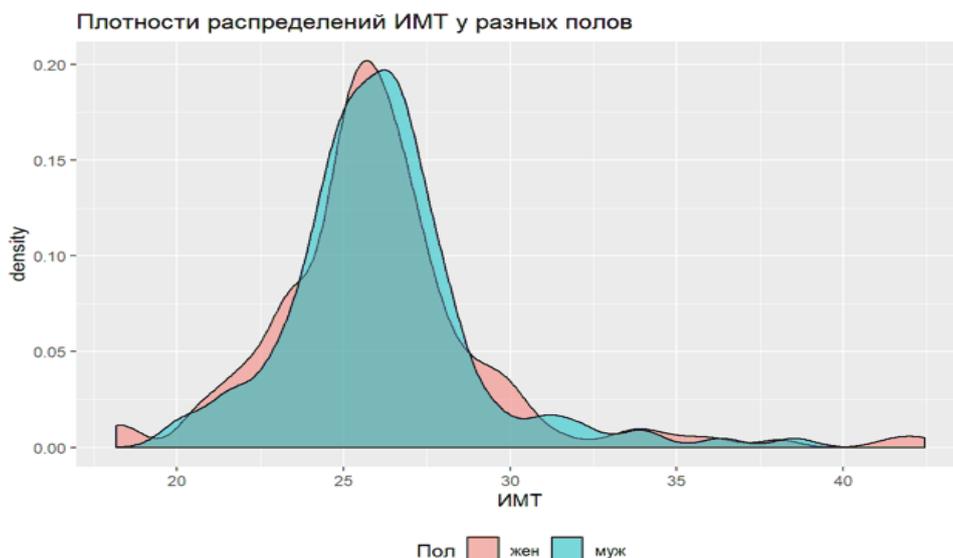


Рис.1. Плотность распределения ИМТ

Также рассчитали среднее значение, стандартную ошибку средней с учетом пола и количества пациентов (таблица 2).

Таблица 2

Среднее, стандартная ошибка средней и количество в группах по полу

Пол	mean_ИМТ	se_ИМТ	Количество
Женский	26.083	0.267	166
Мужской	26.111	0.241	134

На фоне стандартных ошибок (se_ИМТ) средние (mean_ИМТ) почти не отличались. Тем не менее, проверили статистическую значимость отличий. Для этого воспользовались параметрическим **критерием Уэлча**.

В результате расчетов P-value равен 0.9382379, что значительно больше 0,05, т.е. нулевая гипотеза о равенстве средних не отклоняется.

Для визуальной оценки нормальности построили диаграмму типа qqplot (рис.2.).

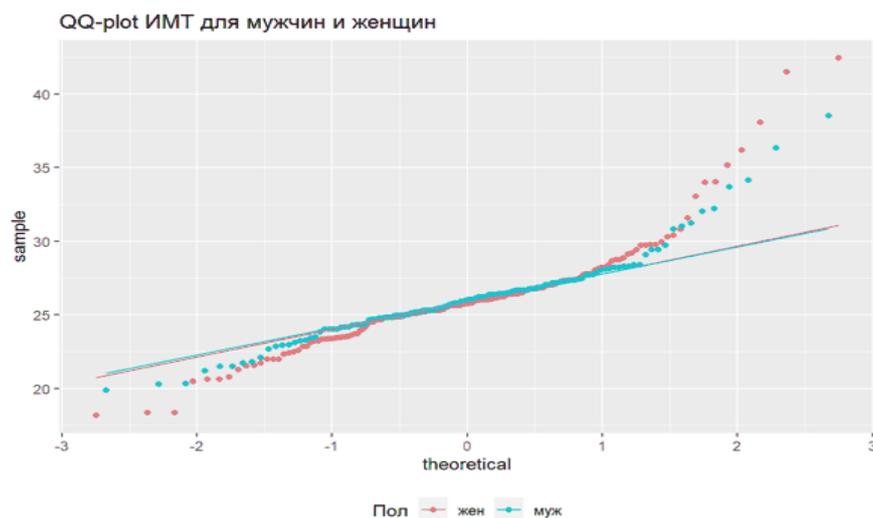


Рис.2. Визуальная оценка нормальности распределения признака с помощью диаграммы qqplot

Результаты показали, что точки существенно отклоняются от теоретической прямой (расчетных значений квантилей нормального распределения).

Далее выполнили тест на равенство распределений в двух выборках с помощью непараметрического критерия Вилкоксона, которые не требуют нормальности распределения данных. P-value равен 0.6303057, что снова значительно больше 0,05.

Таким образом, средние значения ИМТ у мужчин и женщин очень близки и не являются статистически значимыми.

Далее выполнили анализ влияния возраста на ИМТ. Сравнили ИМТ в возрастных группах (таблица 3).

Таблица 3

Среднее, стандартная ошибка средней и количество в группах по возрасту

Возраст, лет	mean_ИМТ	n
21-30	24.397	8
31-40	25.455	59
41-50	26.109	75
51-60	26.406	91
61 и старше	26.425	67

Для наглядности построили диаграмму «ящик с усами» по возрастным группам (рис.3.).

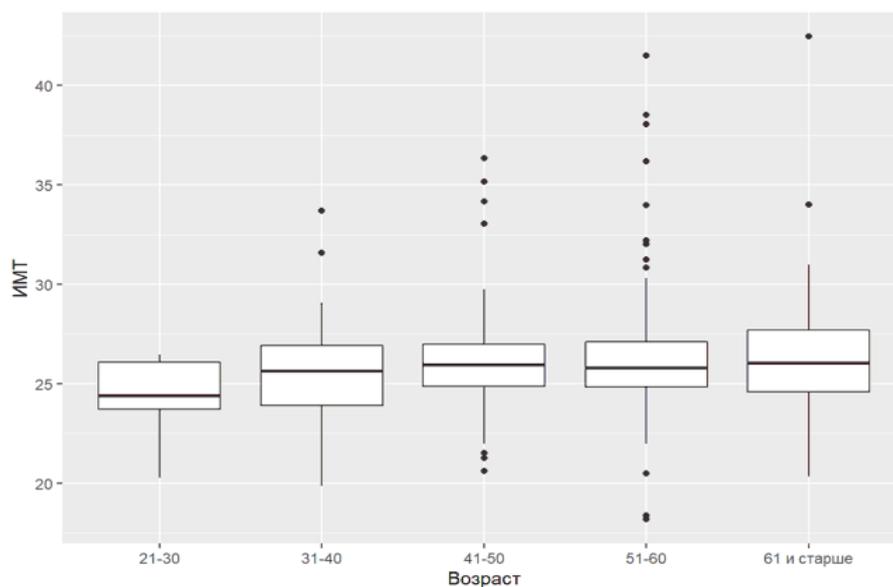


Рис.3. Ящичковая диаграмма, построенная с учетом возраста

Предположительно, с возрастом ИМТ может увеличиваться. Однако в такой детальной разбивке (по 10 лет) этого почти не видно. Поэтому сделали новую разбивку младше и старше 40 лет (таблица 4).

Таблица 4

Среднее, стандартная ошибка средней и количество в группах по возрасту

Возраст, лет	mean_ИМТ	sd_ИМТ	n
Младше 40	25.329	0.316	67
Старше 40	26.316	0.215	233

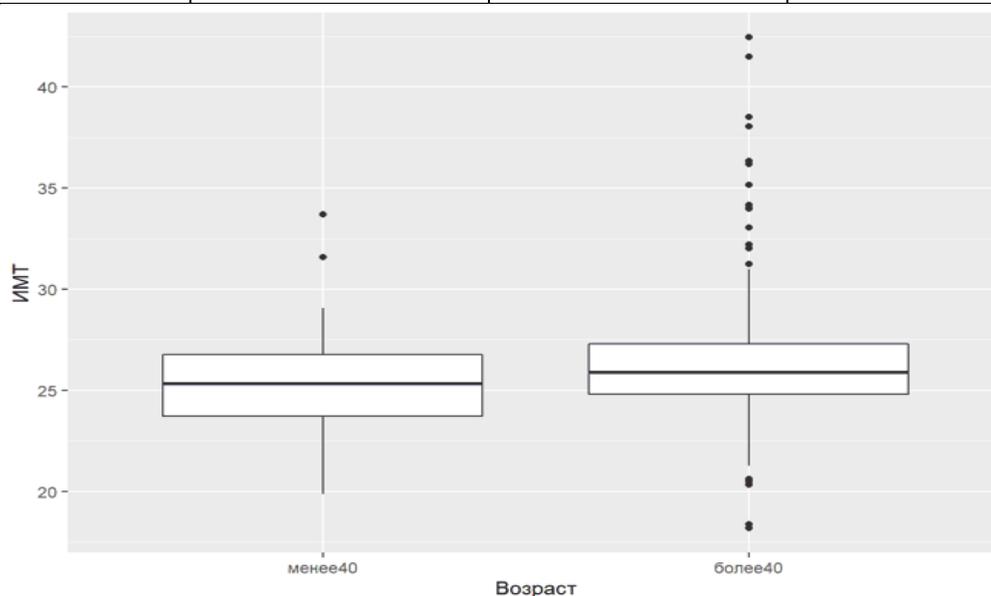


Рис.4. Ящичковая диаграмма, построенная с учетом двух возрастных групп – младше 40 лет и старше 40 лет.

Разница средних составляет всего 0.9872625, но на фоне стандартных ошибок она должна быть заметна.

Судя по выбросам (точки на диаграмме boxplot), распределение также далеко от нормального. Поэтому сразу применили непараметрический критерий Вилкоксона для сравнения двух независимых выборок. Кроме того, предположили, что ИМТ у старшей группы выше, поэтому использовали направленную альтернативную гипотезу.

P-value равен 0.0287595, что меньше 0,05. Это дает основание сделать вывод, что ИМТ в возрастной группе старше 40 лет статистически значимо больше, чем ИМТ в возрастной группе младше 40 лет. Хотя абсолютная разница средних менее 1.

Таким образом, исследование такого фактора риска как ожирение показало, что по ИМТ не выявлено существенного различия между мужчинами и женщинами. Вместе с тем, в возрастной группе старше 40 лет, вероятность развития ожирения увеличивается.

Данное исследование является частью изучения факторов риска развития НИЗ, которое проводится в целях формирования групп риска среди пациентов. Для решения проблемы профилактики НИЗ необходимо искать быстрые и чувствительные диагностические платформы для выявления и профилактики НИЗ в первичном звене здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, Katileviciute A, Khoja S and Kodzius R (2020) Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front. Public Health* 8:574111. doi: 10.3389/fpubh.2020.574111
2. Баланова, Ю.А. Ожирение в российской популяции – распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний/ Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, А.Д. Деев [и др.]// Российский кардиологический журнал.–2018.–№ 23 (6). – С.123–130.
3. Нуриева А.Р., Синеглазова А.В., Ким Т.Ю., Парве С. Профиль факторов риска хронических неинфекционных заболеваний при различных фенотипах ожирения/ А.Р. Нуриева, А.В. Синеглазова, Т.Ю. Ким, С. Парве//Вестник современной клинической медицины.- 2021.- Том 14 (1).- С. 41-46.
4. Saule Urazalina, Aisulu Mussagalieva, Assel Issabekova, Kulzida Koshumbaeva, Bagdat Akhit. Risk factors of chronic noncommunicable diseases comorbidity in South-Kazakhstan region[in Russian].*JClin Med Kaz.* 2019; 1(51):50-55

СЕКЦИЯ №27 ОНКОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №28 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

МОРФОГЕНЕЗ АТЕРОСКЛЕРОЗА.

Мелиева Ф.Ю.¹, Мелиева З. Ю.²

1. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России.
Санкт-Петербург
2. Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова. Санкт-Петербург

Аннотация. Атеросклероз – это хроническое заболевание артерий эластического и мышечно-эластического типа, возникающее вследствие нарушения липидного обмена и сопровождающееся отложением холестерина и некоторых фракций липопротеидов в t. intima сосудов. Отложения формируются в виде атероматозных бляшек. Последующее разрастание в них соединительной ткани, и кальциноз стенки сосуда приводят к деформации и сужению просвета вплоть до облитерации.

Атеросклероз обуславливает более высокую заболеваемость и смертность (более 50% всех случаев смерти) в западных странах, чем любое другое заболевание.¹ По данным ВОЗ, от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) ежегодно умирает 17 млн человек, что составляет не менее 1/3 всех смертей.

В основе заболевания лежат различные воздействия (факторы риска), приводящие к нарушению жиробелкового обмена и повреждению интимы крупных артерий. К факторам риска атеросклероза относят возраст, пол, наследственную предрасположенность, гиперлипидемию, артериальную гипертензию, сахарный диабет, курение, психоэмоциональное перенапряжение и др. Атеросклероз встречается практически в любом возрасте, но подавляющее большинство случаев клинической манифестации заболевания отмечают у пожилых и старых людей.

Существует семейная предрасположенность к заболеванию, обусловленная генетически закрепленной гиперлипидемией, гипертензией, сахарным диабетом, а также характером питания (ожирение), образом жизни (гиподинамия) и др. Длительно существующая гиперлипидемия первичного или вторичного генеза приводит к тяжелым атеросклеротическим поражениям. Артериальная гипертензия вызывает повышение сосудистой проницаемости, повреждая тем самым сосудистую стенку и способствуя действию других факторов риска. Заболеваемость атеросклерозом (особенно у женщин) значительно увеличивают курение и сахарный диабет.

Атеросклероз — это полиэтиологическое заболевание. Существует множество теорий и факторов риска, имеющих существенное значение в развитии атеросклероза. Наиболее распространенными являются:

- нервно-метаболическая теория (А.Л. Мясников)
- иммунологическая теория (А.Н. Климов, В.А. Нагорнев)
- вирусная теория — объясняет деструкцию эндотелиоцитов воздействием герпетической, цитомегаловирусной инфекции и находит свое подтверждение главным образом в эксперименте.
- теория дисфункции эндотелия — первичное нарушение защитных свойств эндотелия и его медиаторов
- аутоиммунная теория — первичное нарушение функции макрофагов и лейкоцитов, инфильтрация и повреждение ими сосудистой стенки
- инфекционная теория — первичное вирусное (герпес, цитомегаловирус и др.) или хламидийное повреждение эндотелия
- перекисная теория — первичное нарушение антиоксидантной системы
- генетическая теория — первично наследственный дефект сосудистой стенки
- моноклональная теория — первичное возникновение патологического клона гладкомышечных клеток, их пролиферация, формирование утолщений стенки артерии с последующим склерозом
- гормональная теория — возрастное повышение уровня гонадотропных и адренокортикотропного гормонов приводит к увеличению строительного материала для холестерина.

Атеросклероз — это полиэтиологическое заболевание, в возникновении и прогрессировании которого имеют значение многие внешние и внутренние факторы, называемые факторами риска.

¹Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану / Кумар В., Аббас А.К., Фаусто Н., Астер Дж. К.; пер. с англ.; под ред. Е.А. Коган, Р.А. Серова, Е.А. Дубовой, К.А. Павлова. В 3 т. Том 2: главы 11-20. - М.: Логосфера, 2016. – С.- 538.

Некоторые из них являются конституциональными, поэтому немодифицируемыми, другие — приобретенными или относящимися к образу жизни, т.е. потенциально модифицируемыми.

Основные факторы риска развития атеросклероза:

1. Конституциональные

- Возраст (старение) — играет доминирующую роль. Хотя атеросклероз обыкновенно прогрессирует, клинические проявления обычно наблюдаются в среднем возрасте или позднее. Атеросклероз встречается практически в любом возрасте, но подавляющее большинство случаев клинической манифестации заболевания отмечают у пожилых и старых людей. Эта частота увеличивается с каждым новым 10-летием жизни. В возрасте до 40 лет мужчины болеют значительно чаще женщин. После 45-50 лет (период развития менопаузы у женщин) данный показатель начинает выравниваться, а после 70 лет заболевание одинаково часто встречается у обоих полов. Это объясняют прежде всего значительной нивелировкой по содержанию андрогенов и эстрогенов с возрастом гормональных различий у мужчин и женщин.
- Мужской пол — при прочих равных условиях женщины до менопаузы относительно защищены от атеросклероза и его последствий по сравнению с мужчинами того же возраста. Так, инфаркт миокарда и другие осложнения атеросклероза у женщин этой группы наблюдаются редко, если отсутствуют такие факторы риска, как сахарный диабет, гиперлипидемия, выраженная гипертензия.
- Семейный анамнез — является наиболее существенным независимым фактором риска развития атеросклероза.
- Генетические аномалии.

2. Модифицируемые

- Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия) — относится к одним из самых главных факторов риска развития атеросклероза.
- Артериальная гипертензия (артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. и выше).
- Образ жизни — гиподинамия, злоупотребление жирной, богатой холестерином пищей, особенности личности и поведения — стрессовый тип характера, злоупотребление алкоголем, курение, является достоверно установленным фактором риска у мужчин и, предположительно, обуславливает повышение частоты и тяжести атеросклероза у женщин.
- Абдоминальное ожирение (объем талии у мужчин более 102 см и более 88 см у женщин).
- Сахарный диабет — индуцирует гиперхолестеринемию и заметно увеличивает риск развития атеросклероза, уровень глюкозы в крови натощак более 6 ммоль/л.
- Уровень С-реактивного белка.

Дополнительные факторы риска:

- До 20% всех сердечно-сосудистых заболеваний возникает в отсутствие гипертензии, гиперлипидемии, курения и сахарного диабета. Очевидно, что повышению риска способствуют другие факторы, определение которых имеет значение для клинической практики:
- Воспаление. Присутствует на всех стадиях атерогенеза и тесно связано с образованием атеросклеротических бляшек и разрывом сосудистой стенки
- Гипергомоцистеинемия. Клинические и эпидемиологические исследования указывают на тесную связь общего уровня гомоцистеина в сыворотке с заболеванием коронарных артерий, заболеванием периферических сосудов, инсультом и венозным тромбозом.
- Метаболический синдром - характеризуется рядом аномалий, ассоциированных с резистентностью к инсулину.

- Липопротеин - это измененная форма ЛПНП, состоящая из аполипопротеина В-100 (часть ЛПНП), связанного с аполипопротеином А.
- Хронический стресс
- Факторы, влияющие на гемостаз. Некоторые маркеры гемостатической и/или фибринолитической функции (например, повышенный уровень ингибитора активатора плазминогена типа I) являются предикторами основных последствий атеросклероза.
- При атеросклерозе поражаются артерии эластического и мышечно-эластического типов, тогда как артерии мышечного типа повреждаются значительно реже. Атерогенез включает в себя три стадии: жировые полосы, атероматозные бляшки и осложненные поражения.

Клинико-морфологическая классификация.

1. Клиническая классификация:

В зависимости от преимущественной локализации сосудистых изменений выделяют 6 форм заболевания:

- Атеросклероз аорты. Он встречается наиболее часто, особенно в брюшном отделе аорты, где, как правило, возникают наиболее выраженные изменения (изъязвление фиброзных бляшек, пристеночные тромбы, кальциноз). В связи с этим у больных может развиваться гангрена кишечника, нижних конечностей, инфаркты почек, цилиндрическая, мешковидная или грыжевидная аневризма аорты с возможным разрывом.
- Атеросклероз венечных артерий сердца. Такая форма является по существу ишемической болезнью сердца.
- Атеросклероз артерий головного мозга. Он приводит к атрофии коры (старческая деменция) или ишемическим инфарктам и является по существу цереброваскулярной болезнью.
- Атеросклероз артерий нижних конечностей. Как правило, изменения наиболее выражены в бедренных артериях. В пораженной конечности (конечностях) отмечают атрофию и склероз тканей: возможно развитие гангрены.
- Атеросклероз мезентериальных артерий. Эта форма может привести к гангрене кишечника, ишемическому колиту.
- Атеросклероз почечных артерий. Наиболее часто поражается одна из почек. В ткани почки возможны инфаркты (с последующей их организацией) или клиновидные участки субкапсулярной атрофии. Формируется крупнобугристая, немного уменьшенная в размерах почка с множественными треугольными на разрезе рубцовыми втяжениями, что получило название атеросклеротического нефросклероза (атеросклеротически сморщенная почка).
- Атеросклеротическое поражение брюшного отдела, бифуркации аорты, подвздошных и бедренных артерий может вызвать развитие синдрома Лериша, проявляющегося нарастающей ишемией нижних конечностей вплоть до развития гангрены. В результате выраженного атеросклеротического поражения дуги и грудного отдела аорты в отдельных случаях может развиваться синдром дуги аорты. Из-за стенозирования устьев ветвей аорты множественными фиброзными бляшками с изъязвлением, кальцинозом и частыми пристеночными тромбами у больных наблюдают ослабление и даже отсутствие пульса на лучевой артерии, ишемию головного мозга с соответствующей симптоматикой, нарушение зрения, вплоть до слепоты. Вследствие сдавления пищевода затруднено глотание, а возвратного нерва — развивается охриплость голоса. В любом случае длительное стенозирование просвета сосуда приводит к хроническому недостатку кровоснабжения соответствующего органа, что вызывает дистрофические и атрофические изменения паренхимы, диффузное разрастание фиброзной стромы (например, диффузный мелкоочаговый

кардиосклероз). При острой обтурации просвета артерии, что возможно при тромбозе, тромбоэмболии, кровоизлиянии в бляшку, развиваются ишемия и некроз тканей (инфаркт, гангрена).

2. По макро- и микроскопическим признакам:

- Жировые пятна и полосы (липоидоз).

Макроскопически они проявляются участками желтоватого или серо-желтого цвета, образующими небольшие (обычно до 1 см в продольном размере) очаги, которые не возвышаются над поверхностью.

Микроскопически эти образования состоят из внеклеточных липидов и пенистых (ксантомных) клеток, содержащих большое количество липидов и окрашивающихся суданом III в желтый цвет (макрофаги и гладкомышечные клетки). Эта стадия является обратимой, однако может перейти в следующую.

- Атероматозные (фиброзные, липосклеротические) бляшки.

Они представляют собой белые или белесовато-желтые хаотично расположенные плотные образования до 1,5 см в диаметре, выступающие над поверхностью интимы. Особенно часто, бляшки располагаются в области разветвления и изгибов артерий, где отмечаются наибольшие гемодинамические нагрузки. На разрезе бляшка состоит из фиброзной покрышки, под которой находится небольшое количество желтоватого содержимого. Центральный отдел крупных бляшек представлен кашицеобразными, или атероматозными (от греч. *athere* каша), массами.

При микроскопическом исследовании фиброзная бляшка состоит из трех компонентов: клеточного, волокнистого и липидного. Клетки, локализованные по периферии бляшки, представлены миоцитами, макрофагами, Т-лимфоцитами и отдельными лейкоцитами. Волокнистый компонент состоит из внеклеточного матрикса соединительной ткани-коллагеновых, эластических волокон и протеогликанов. Третий компонент состоит из скоплений липидов (пенистые клетки). Последние занимают весь центральный отдел бляшки, представляющий собой детрит, который состоит из липидов, кристаллов холестерина, плазменных белков, разрушенных клеток и солей Са. Кроме того, по периферии бляшки отмечается образование сосудов благодаря поступлению липопротеинов и плазменных белков, способствующих росту бляшки. Располагаясь в артериях мышечно-эластического типа (например, в венечных артериях сердца), атеросклеротическая бляшка приводит к атрофии и склерозу мышечной оболочки сосуда.

Стадия осложненных поражений.

Они отражают дальнейшие структурные изменения атеросклеротических бляшек, проявляющиеся их изъязвлением и разрывом сосудистой стенки. Атероматозные язвы возникают вследствие распада содержимого бляшек и их фиброзных покрышек. При этом возможно образование пристеночных или обтурирующих тромбов с последующим развитием тромбоэмболии. При разрыве сосудов происходит кровоизлияние по типу интрамуральной расслаивающей гематомы, высока вероятность формирования атеросклеротической аневризмы сосуда. При осмотре не всегда можно точно сказать, о какой стадии атеросклероза идет речь, поэтому на основании более тонких морфологических методов выделяют следующие морфогенетические стадии заболевания: липоидоз (соответствует далии жировых пятен и полосок), липосклероз, атероматоз (отражает стадию фиброзных бляшек), изъязвление и атерокальциноз.

Согласно современным представлениям об атерогенезе существует гипотеза — «ответ на повреждение», которая представляет собой хроническую воспалительную реакцию и процесс заживления артериальной стенки в ответ на повреждение эндотелия. Поражение прогрессирует в результате взаимодействия модифицированных липопротеинов, макрофагов моноцитарного происхождения и Т-лимфоцитов с нормальными клеточными компонентами артериальной стенки.

В отношении морфо- и патогенеза различают две теории:

- теория липопротеидной инфильтрации (1912г. - Н.Н.Аничкова, Д.С. Саркисов, К.М. Пожарский, Н.М. Аничков. - Н.Н. Аничков(1885-1964). - Изд. Москва - 1989г. - с. 208) — первичное накопление липопротеидов в сосудистой стенке, связанное с избыточным их потреблением;
- комбинационная теория(1930) — Н.Н. Аничков;

Соответственно этой модели атеросклероз обуславливают следующие патогенетические процессы:

- хроническое повреждение эндотелия приводит к повышенной сосудистой проницаемости, адгезии лейкоцитов и тромбозу (ранние повреждения стенки сосуда в случае богатой липидами диеты и других факторов риска появляются в участках морфологически интактного эндотелия, но с нарушенной функцией.Такой эндотелиальный слой имеет повышенную проницаемость, усиленную адгезию лейкоцитов и измененную экспрессию генов.).
- накопление липопротеинов (в основном ЛПНП и их окисленных форм) в стенке сосудов;
- адгезия моноцитов к эндотелию с их последующей миграцией и трансформацией в макрофаги и пенистые клетки;
- адгезия тромбоцитов;
- высвобождение факторов активированными тромбоцитами, макрофагами и клетками сосудистой стенки, включая миграцию гладкомышечных клеток либо из меди сосуда, либо из циркулирующих клеток-предшественников;
- пролиферация гладкомышечных клеток и образование ВКМ;
- накопление липидов как вне, так и внутри клеток (макрофагов и гладкомышечных клеток).

Крупные артерии эластического типа (например, аорта, сонные и подвздошные артерии), крупные и среднего калибра мышечные артерии (например, коронарные и подколенные артерии) являются основными мишенями для атеросклероза. Симптоматика атеросклероза наиболее часто связана с поражением артерий сердца, головного мозга, почек и нижних конечностей.

Инфаркт миокарда, инфаркт головного мозга, аневризмы аорты и гангрена нижних конечностей — главные последствия атеросклероза.

Исход заболевания зависит от размера пораженных сосудов, стабильности бляшек и степени дегенерации подлежащей артериальной стенки:

- мелкие сосуды могут оказаться окклюзированными, что еще больше снижает перфузию дистально расположенных тканей;
- разрыв бляшки может привести к эмболии дистального сосуда или к острому (часто катастрофическому) тромбозу;
- разрушение подлежащей сосудистой стенки может привести к образованию аневризмы с вторичным разрывом и/или тромбозом.

При атеросклерозе смерть наступает в результате ишемической болезни сердца, ишемического (реже геморрагического) инфаркта головного мозга, гангрены кишечника или нижних конечностей, разрыва аневризмы аорты.

При доброкачественном течении гипертонической болезни летальный исход связан с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью (или острым инфаркте миокарда), кровоизлиянием в головной мозг и очень редко с хронической почечной недостаточностью. Смерть возможна в результате выраженных атеросклеротических изменений. При злокачественном варианте течения высока вероятность формирования не только хронической, но и острой почечной недостаточности.

Существуют стабильные и нестабильные бляшки.

Нестабильными бляшками называются бляшки, которые содержат большие участки, заполненные пенистыми клетками и внеклеточными липидами, а также у которых фиброзная покрышка тонкая или содержит немного гладкомышечных клеток или кластеры воспалительных клеток, более склонны к разрыву.

Стабильные бляшки имеют плотную коллагеновую и утолщенную фиброзную покрышку с минимальным воспалением и небольшим липидным центром, тогда как нестабильные бляшки (склонные к разрыву) характеризуются тонкой фиброзной покрышкой, крупным липидным ядром и выраженным воспалением.

Осложненные поражения:

- Распад в толще фиброзной бляшки с образованием некротического детрита (атероматоз):
- Кровоизлияние в толщу бляшки — интрамуральная гематома.
- Деструкция покрышки бляшки с изъязвлением — атероматозная язва.
- Формирование атеросклеротических аневризм.
- Образование тромбов на месте изъязвлений.

Список литературы:

1. Руководство к практическим занятиям по патологической анатомии / Пальцев М.А., Аничков Н.М., Рыбакова М.Г. 2002. – С.-300-304
2. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану / Кумар В., Аббас А.К., Фаусто Н., Астер Дж. К.; пер. с англ.; под ред. Е.А. Коган, Р.А. Серова, Е.А. Дубовой, К.А. Павлова. В 3 т. Том 2: главы 11-20. - М.: Логосфера, 2016. – С.- 538-543.
3. Атеросклероз, гипертоническая болезнь / В.В. Свистунов, А.Е. Макарова, М.В. Воронцова. ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск: ИГМУ, 2018. – С.- 7-17.
4. Д.С. Саркисов, К.М. Пожариский, Н.М. Аничков(1885-1964) - Изд. Москва - 1989г. – С. 208

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Мелиева Ф.Ю.¹, Мелиева З. Ю.²

1. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России.
Санкт-Петербург

2. Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова. Санкт-Петербург

Аннотация. Болезни женских половых органов занимают ведущее место в заболеваемости женщин. Эти болезни крайне многообразны, они не только нарушают трудоспособность женщин, но нередко отражаются на ее репродуктивной функции.

Дисгормональные болезни это большая группа болезней женских половых органов, обусловлена нарушением гормональной регуляции. Как известно, циклические изменения женских половых органов являются их отличительной особенностью. Ведущее значение в осуществлении менструального цикла играют гормоны яичников. В органах-мишенях женской половой системы возникают циклические изменения, обусловленные действием гормонов. Наиболее ярко эти изменения выражены в эндометрии.

Нарушения в циклической секреции гормонов могут развиваться при патологии ЦНС, гипофиза, гипоталамуса, надпочечников, однако наиболее часто они связаны непосредственно с патологией яичников. В зависимости от характера нарушений возможны абсолютная или относительная гиперэстрогемия и гиперпрогестеронемия. Многие дисгормональные болезни опасны тем, что на их фоне развиваются

злокачественные опухоли. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется 500 тыс. первичных больных раком шейки матки. За последние несколько десятилетий отмечено снижение частоты рака этой локализации, что обусловлено главным образом профилактикой и лечением фоновых заболеваний. В структуре гинекологической патологии, по данным Е.М. Вихляевой (2002), у подростков на первом месте находятся нарушения менструального цикла, которые составляют почти 60% в структуре всех дисгормональных расстройств. Большинство из этих нарушений сначала имеют функциональный характер и связаны с дисбалансом половых гормонов.

Дисгормональные заболевания женской половой системы делятся на заболевания: эндометрия, шейки матки, яичников.

Классификация опухолей тела матки (ВОЗ, Lyon, 2014)

Предопухольевые процессы

Гиперплазия эндометрия: гиперплазия без атипии, атипичная гиперплазия

Этиология

- гормональные нарушения, а именно, избыток гормона эстрогена на фоне дефицита прогестерона;
- тяжелая соматическая патология;
- хронические воспалительные заболевания половых органов;
- многочисленные аборты и диагностические выскабливания;
- аденомиоз и миома матки;
- синдром поликистозных яичников;
- наследственная предрасположенность.

Патогенез гиперпластических процессов эндометрия

- Ведущее место в патогенезе ГЭ отводят гиперэстрогемии (абсолютной или относительной), возникающей на фоне отсутствия или недостаточного антиэстрогенного влияния прогестерона.
- Овариальная недостаточность (ановуляция, недостаточность функции желтого тела);
- Гиперпродукция эстрогенов (стромальная гиперплазия, гиперплазия тека-ткани, эстрогенпродуцирующие опухоли яичников);
- Несбалансированная гормональная терапия;
- Нарушения метаболизма эстрогенов (ожирение, цирроз печени, гипотиреоз);
- Гиперплазия коры надпочечников.

Гиперплазия эндометрия – это патологическая диффузная или очаговая пролиферация (утолщение) железистого и стромального компонента слизистой оболочки матки с преимущественным поражением железистых структур. Гиперплазированный эндометрий представляет собой обильную розовую сочную ткань.

Гиперплазия без атипии представляет собой усиленный ответ нормального эндометрия на эстрогенную стимуляцию. На начальных стадиях макроскопические изменения малозаметны. Эндометрий может быть равномерно утолщен, иметь гладкую поверхность. Встречаются единичные микрокисты, незаметные при макроскопическом исследовании. На более поздних стадиях (при длительном воздействии эстрогенов) матка увеличивается, эндометрий неравномерно утолщается, приобретает мозаичную окраску, бугристую поверхность. Микроскопический наблюдается более беспорядочное по сравнению с нормой распределение желез. Стирается граница между базальным и функциональным слоями эндометрия. Может наблюдаться незначительное очаговое скучивание желез. Железы приобретают тубулерную или угловатую форму.

Гиперплазия без атипии (простая)

Микроскопический желез беспорядочно распределены в цитогенной строме. Незначительное очаговое сближение желез, имеют угловатую неправильную форму, разные размеры, часть кистозно расширенны. Выстилка желез представлена псевдомногорядным эпителием с вытянутыми овоидными ядрами, нежным хроматином, мелкими ядрышками, без признаков цитологической атипии. Эпителий в них высокий столбчатый, могут встречаться в небольшом количестве митозы. Значительное увеличение количества желез по отношению к строме, усложнение их структуры (соотношение более 3:1). Выпячивание эпителия в просветы желез в виде псевдососочков, контуры желез становятся зубчатыми, причудливыми. Железы плотно прилегают друг к другу, между ними тонкая прослойка цитогенной стромы. Железистый эпителий одно-, двух-, трехрядный. Ядра железистого эпителия - овальной или палочковидной формы, вытянутые, ровные, с сохраненной полярностью, богатые хроматином, цитоплазма базофильная. Менее 5 митозов в 10 полях зрения. Строма богата фибробластоподобными клетками, можно наблюдать митозы, местами рассеянную инфильтрацию лимфоцитами, отек, скопления пенистых клеток с обильной светлой цитоплазмой и центрально расположенные округлые мелкие ядра. Кровеносные сосуды распределены неравномерно, местами с фибриновыми тромбами, может быть плоскоклеточная метаплазия.

Базальная гиперплазия эндометрия (редкий вариант)

Гиперпластический процесс развивается в базальном и функциональном слоях эндометрия, может иметь очаговый или диффузный характер, встречается преимущественно после 35 лет. На фоне разрастания базального слоя функциональный слой постепенно истончается, характерные циклические изменения в нем происходят не столь заметно. Гиперплазированный утолщенный базальный слой характеризуется густой стромой с клубками кровеносных сосудов, имеющих утолщенные склерозированные стенки.

Очаговая гиперплазия базального слоя делят на очаговый и диффузный. Гиперпластический процесс может развиваться в 2-х слоях эндометрия: базальном и функциональном.

Развивается преимущественно в неизменной слизистой тела матки, важное значение в ее образовании имеют искусственное прерывание беременности и хронический воспалительный процесс в придатках матки.

Очаговая гиперплазия базального слоя эндометрия

Микроскопически в базальном, а иногда прилежащем отделе функциональном слое эндометрия располагаются мелкие железы округлой, овальной или несколько вытянутой формы, изредка кистозно-расширенные, выстланные однорядным цилиндрическим эпителием с гиперхромными ядрами и небольшим количеством цитоплазмы. Распределение желез неравномерное, строма между ними в основном состоит из коллагеновых волокон и менее богата клеточными элементами по сравнению со стромой функционального слоя эндометрия. Нередко в строме располагаются кровеносные сосуды с утолщенной стенкой.

Гиперплазия функционального слоя эндометрия

Часто сопровождается маточными кровотечениями, гормональный показатель сыворотки крови больных свидетельствует о нарушении цикличности функционирования системы «гипоталамус-гипофиз-яичники», характеризуется относительно устойчивым уровнем эстрогенов в крови. Относительная или абсолютная гиперэстрогения связана с нарушением процесса созревания фолликулов в яичниках, отсутствием овуляции и, как следствие, образованием желтого тела.

Атипичная гиперплазия эндометрия в 25% случаев является предраковым состоянием. Микроскопически для атипичной гиперплазии слизистой тела матки свойственно преобладание железистого компонента над стромальным, а также более интенсивная пролиферация железистого эпителия. Характеризуется атипичией

эпителиальных клеток с потерей ими полярности ядер. Свойственно компактное расположение желез, они причудливого и «ветвистого» вида, с пальце- и подушкообразным просветом и наличием микропапиллярных формирований. Эпителий желез многорядный, с потерей полярности, сами ядра светлые, с неравномерной грубой конденсацией хроматина, могут встречаться несколько ядрышек. Базальная мембрана сохранена, между железами прослойки соединительной ткани с фибробластоподобными клетками, местами в строме содержатся лимфоциты.

Атипическая гиперплазия эндометрия с плоскоклеточной метаплазией

Могут встречаться различные варианты метаплазии.

Дисплазии

I степень - нарушение нормальной базальной ориентации ядер, которые становятся гиперхромными, немного увеличиваются в размерах округляются. Клеточный полиморфизм выражен слабо, митозы редкие.

II степень - умеренный клеточный полиморфизм, более выраженное округление ядер, появление заметных ядрышек, неравномерное распределение хроматина, имеется умеренное нарушение рядности эпителиального пласта.

III степень - клетки полиморфны, хаотически расположены в эпителиальном пласте, выраженные гиперхромия и полиморфизм ядер с наличием ядрышек округлой и полигональной формы, встречаются патологические митозы.

Выделяют также понятие карцинома in situ (CIS), отличающейся выраженной ядерной атипией, наличием патологических митозов. CIS рассматривается в рамках атипической гиперплазии при выборе способа лечения.

Полип эндометрия это разрастание слизистой оболочки матки. Наиболее частые причины: гиперэстрогения и недостаток гормона прогестерона. Заболевание может появиться независимо от возраста, как у женщин в детородном периоде, так и при менопаузе. Полипы чаще встречаются в возрасте от 35 до 40 лет.

Классификация полипов эндометрия

- Железистый
- Железисто-фиброзный
- Фиброзный
- Аденоматозный

Предрасполагающие факторы риска развития полипов:

- Нарушение гормонального баланса в организме женщины.
- Травматизация внутреннего слоя матки (диагностические выскабливания, аборт, длительное носительство внутриматочной спирали).
- Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (воспаления матки, придатков, инфекции, передаваемые половым путем).

Макроскопически обычно одиночное образование, в основном диаметром 0.3-1см, хотя может быть и крупным, выполняющим значительную часть полости тела матки, или даже выходить за его пределы, в цервикальный канал. Крупные полипы фиброзного строения относительно часто наблюдаются при гормональной терапии. Форма полипа разная, она может иметь ножку или располагаться на широком основании, наиболее часто локализуется в области дна и в углах тела матки, характеризуется мягкоэластической консистенцией, с гладкой наружной поверхностью бледно-розового цвета или темно-бордовой окраски при нарушении кровообращения.

Железисто-фиброзный полип эндометрия

Макроскопически это узловатое экзофитное образование слизистой тела матки.

Микроскопически состоящее из желез и стромы, преимущественно фиброзной, содержащей «клубок» толстостенных кровеносных сосудов.

Лейомиома – доброкачественная опухоль тела матки.

Макроскопически растет в виде узла, имеет слоистый вид, белесоватой жемчужности, плотно-эластической консистенции, имеет капсулу. В крупных узлах выявляют участки кровоизлияния и некроза.

Микроскопически опухоль состоит из причудливо переплетающихся между собой пучков гладкомышечных клеток. Клетки веретеновидные с эозинофильной фибриллярной цитоплазмой и сигарообразными ядрами. В типичной лейомиоме ядра мономорфные, митозы отсутствуют или чрезвычайно редкие. Клетки имеют скудную цитоплазму, лежат плотнее друг к другу. Иногда образуются палисадообразные структуры, напоминающие неврилеммому и называемые нейриномотозными. Выявляют участки гиалиноза и склероза, которые могут быть столь обширными, что почти полностью замещают клетки опухоли. Порой участки гиалиноза в лейомиомах подвергаются миксоидной трансформации.

Лейомиома матки имеет дисгормональный процесс, чаще связанный с:

- Обменными и дисгормональными заболеваниями;
- Поздним или слишком ранним становлением менструального цикла;
- Травмами органов брюшной полости, малого таза;
- Длительным, бесконтрольным приемом гормональных препаратов.

Классификация

- Интрамуральные (в толще стенки матки).
- Субмукозные (под эндометрием)
- Субсерозные (под брюшиной).
- Интралигаментарные (в широкой связке матки)

Эндометриоз - одно из самых часто встречаемых заболеваний женской репродуктивной системы, характеризующееся разрастанием ткани, подобной эндометрию, в мышечный слой матки (аденомиоз) или наружный эндометриоз.

Макроскопически матка приобретает округлую или шаровидную форму и может быть увеличена до размеров, характерных для 5-6 недель беременности.

Микроскопически при гистологическом исследовании в очагах эндометриоза любой локализации определяется разрастание эндометриоидных желез (прямые, ветвящиеся или кистозно-расширенные) и цитогенез стромы. Количество желез различное: от единичных прямых до множественных с образованием псевдо и истинных сосочков, выстланные цилиндрическим эпителием эндометриального типа, со слабовыраженными пролиферативными изменениями. Цитогенная строма представлена фибробластическими веретенообразными клетками, которые под воздействием половых гормонов могут подвергаться циклическим изменениям: округляться, становиться децидуоподобными, а также в строме преобладают гистиоциты, лимфоциты, мелкие кровеносные сосуды. Строма преобладает над железистым компонентом.

Классификация

- I. Генитальный
 1. Наружный
 - а) Эндометриоз яичников,
 - б) тазовой брюшины

- с) ректовагинальной перегородки
- d) влагалища
- 2. Внутренний
- а) Эндометриоз тела матки

II. Экстрагенитальный

- 1. Эндометриоз брюшной стенки,
- 2. пупка
- 3. диафрагмы
- 4. кишечника
- 5. легких
- 6. послеоперационных рубцов и др.

Список литературы:

- 1. Патология матки. Руководство для врачей/ Н.И. Кондриков, И.В. Барина. – 2-е изд. – М.: Практическая медицина, 2019 – 352с.
- 2. Опухоли тела и шейки матки. Морфологическая диагностика и генетика: руководство для врачей/ Н.В ДАНИЛОВА [и др]; под ред. Ю.Ю. Андреевой, Г.А. Франка. – М.: Практическая медицина, 2015 – 304с.
- 3. Е.С. Филиппова, И.Ф. Козаченко, А.Г. Быков, М.Ю. Бобров, Л.В. Адамян. Современный взгляд на овариальный резерв у женщин репродуктивного возраста с эндометриоидными кистами яичников. Проблемы репродукции. Том 23. 2/2017. (стр 72-77).
- 4. Лейомиома тела матки у женщин репродуктивного возраста. Проблемы репродукции. Том 22. 2/2016. Ю.Э. Добротова/ Гиперплазия эндометрия. 2018.

**СЕКЦИЯ №29
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №30
ПЕДИАТРИЯ**

**СЕКЦИЯ №31
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

**СЕКЦИЯ №32
ПСИХИАТРИЯ**

**СЕКЦИЯ №33
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №34
РЕВМАТОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №35
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ**

**СЕКЦИЯ №36
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ**

СЕКЦИЯ №37 СТОМАТОЛОГИЯ

РАЗРАБОТАННАЯ АВТОРСКАЯ СХЕМА ЛАБОРАТОРНЫХ ЭТАПОВ ПРИПАСОВКИ НЕСЪЁМНОЙ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОНСТРУКЦИИ. ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ ДИПЛОМНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Салимов Т.М. (преподаватель стоматологии ортопедической, к.м.н.),
Маштеева Г.Ш. (студент 3 курса по специальности стоматология ортопедическая).

ГАПОУ «Казанский медицинский колледж».

Особенность ортопедического лечения пациентов заключается в том, что непосредственное изготовление различных видов конструкций зубных протезов проводится не самим врачом в полости рта, а зубным техником в лаборатории по рабочим гипсовым моделям. При этом одним из главных связующих звеньев в этом процессе являются качественное изготовление протезов.

На практике при изготовлении цельнолитых протезов мы используем исключительно механические методы припасовки литых каркасов на моделях. При проведении припасовки зубной техник должен добиться максимально точного прилегания металлического каркаса к культе гипсового зуба рабочей модели, что в первую очередь обусловлено высоким качеством всего технологического процесса. Посадкой коронки или конструкции протеза называется характер сопряжения двух деталей или тип соединения двух вставленных одна в другую деталей, а именно наружной поверхности опорного зуба и внутренней поверхности коронки, с созданием равномерного дистанционного зазора для фиксирующего материала и сохранением оптимального краевого прилегания.

Припасовка литого каркаса протеза зубным техником весьма трудоемкая и длительная операция, которая является одним из ответственных этапов протезирования. Она должна проводиться с соблюдением всех требований мер техники безопасности и охраны труда.

Дистанционным зазором называется положительная разность между культей препарированного зуба и внутренней поверхностью коронки, при этом внутренний размер коронки больше наружного размера культи зуба.

Краевое прилегание несъемного протеза - это одна из его качественных характеристик, которая выражается толщиной дистанционного зазора между краем коронки и уступом или конечной линией препарирования и имеет решающее значение для долговечности протеза. Качество посадки выражается точностью краевого прилегания искусственной коронки к твердым тканям зуба и измеряется в микрометрах (микронах).

Врачи и зубные техники стремятся добиться величины прилегания краевого зазора в ноль микрон. Но при изготовлении несъемных протезов методом литья добиться таких результатов невозможно. При этом врачи и зубные техники должны учитывать минимальную толщину цементной пленки.

На качество краевого прилегания, кроме характеристик препарированной поверхности зуба, оказывает влияние материал для фиксации коронок и его устойчивость в системе зуб - цемент - коронка. Важным требованием к материалам для постоянной фиксации является возможность получения тонкой (25 мкм) пленки цемента, которая может заполнить пространство между поверхностью культи зуба и коронкой и обеспечить минимальный контакт фиксирующего цемента с жидкостью полости рта.

В существующей на сегодняшний день литературе, практически отсутствует описание лабораторного этапа припасовки, больше представлены клинические этапы припасовки несъемной конструкции протеза.

Проанализировав источники литературы, мы разработали алгоритм лабораторных этапов припасовки несъемной цельнолитой конструкции. Разработанная авторская схема лабораторных этапов припасовки несъемной цельнолитой конструкции (Салимов Т.М., Маштеева Г. Ш., 2022г.) состоит из следующих этапов:

- предварительного;
- окончательного;
- контрольного;

которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 -Авторская схема алгоритма лабораторных этапов припасовки несъемной цельнолитой конструкции (Салимов Т.М., Маштеева Г. Ш., 2022г.).

Алгоритм припасовки	Проводится врачом	Проводится зубным техником
Предварительная	–	Визуальная оценка качества литья, усадки. Проводится на разборной модели
Окончательная	–	На разборной модели с последующей оценкой свободной посадки и созданием равномерного дистанционного зазора
Контрольная	Визуальная оценка на модели с последующей оценкой пассивной посадки в полости рта пациента	На контрольной модели с оценкой свободной посадки и измерением дистанционного зазора для цемента

Современный рынок имеет большое разнообразие материалов для припасовки. Но на практике они выполняют сходные функции, а какой из них выбрать, решает зубной техник, исходя из тех или иных показателей и принципов. Материалы, применяемые для припасовки и контроля качества это индикаторы, для определения и устранения первичных контактных точек на внутренней поверхности коронок, мешающие точной пассивной посадки протеза. Также с помощью полимеризационных материалов можно определить толщину и равномерность цементной пленки.

Выпускаемые материалы для припасовки предлагаются различными фирмами в виде спрея, на жидкой основе, кремообразные и полимеризационные.

Проанализировав источники литературы, инструкции фирм производителей, все существующие материалы мы раздели по методам припасовки, которые показаны в таблице 2.

Таблица 2 - Материалы, применяемые для припасовки (Салимов Т.М., Маштеева Г. Ш., 2022г.).

Предварительная припасовка	Окончательная припасовка	Контрольная припасовка
Копировальная бумага	Корректирующая масса С-силикон	Корректирующая масса А-силикон

Окклюзионный спрей		
Артикуляционная краска Arti-spot	-	Fit Checker
Blue marker-жидкая копирка	-	-
Краска индикатор	-	-
Pico-Mark	-	-
Маркер для контактных поверхностей Contact Marker (Контакт Маркер)	-	-

В процессе припасовки всегда требуется неподвижная фиксация каркасов несъемных протезов в определенном положении. Для этих целей нами *разработано устройство КМК - 22*, которое позволяют освободить обе руки, избавиться от необходимости прикладывать физическое усилие для удержания заготовок и предотвращения травмы рук. Устройство один из видов вспомогательного инструмента, используемый для временной фиксации цельнолитой коронки или конструкции в статичном положении в момент механической обработки на этапе припасовки. **Разработанное устройство применяется для обеспечения неподвижности коронок или мостовидных протезов, которые трудно удержать пальцами рук** (рис.1,2).

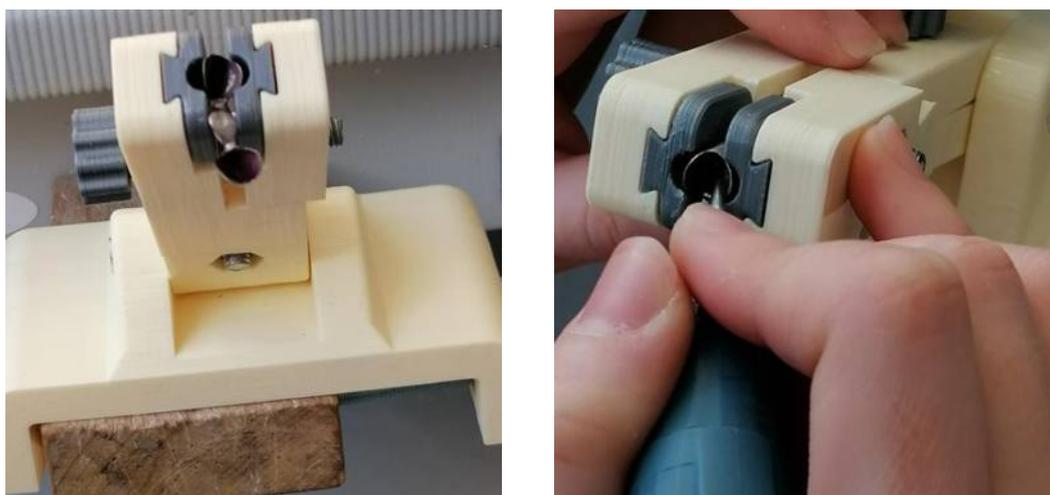


Рисунок 1,2 - Разработанное устройство КМК - 22,

Лабораторный этап алгоритма припасовки с использованием устройства КМК -22.

Основание с опорной плитой устанавливаем и фиксируем на финагеле с помощью болтов. Процесс вращения зажимного винта приближает или удаляет подвижную губку с эластичными щечками по отношению к неподвижной. Благодаря этому появляется возможность удерживать коронку между эластичными щечками. Устанавливаем коронку между эластичными щечками и закручиваем зажимной винт. В разработанном устройстве предусмотрено шарнирное соединение, которое позволяют менять угол размещения протеза по горизонтальной оси под разными углами.

Преимущество разработанного устройства КМК -22.

1. Неподвижная фиксация обрабатываемого протеза в устройстве относительно любой плоскости, что в результате повышает точность обработки.

2. Устройство применяют для безопасной припасовки, так как держать обрабатываемую коронку руками неудобно, невозможно или попросту опасно.
3. Благодаря небольшим размерам устройство не требует наличия большого рабочего пространства.
4. Несмотря на свои небольшие размеры, устройство обладают высокой прочностью и являются полноценным вспомогательным инструментом.
5. При помощи устройства осуществляется большой спектр работ с маленькими деталями, а именно припасовка коронок, обработка и полировка жевательной поверхности протезов.
6. Разработанное устройство просто в эксплуатации и не требует больших затрат на изготовление.

Таким образом, по результатам проведенного нами исследования можно сделать вывод, что разработанный нами алгоритм лабораторных этапов припасовки несъемной цельнолитой конструкции, а также классификация материалов, применяемых для припасовки и использование разработанного устройства КМК - 22 позволяют оптимизировать лабораторный этап припасовки, обеспечивая надежную фиксацию, безопасную обработку и повышает производительность работы зубного техника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Дефекты краевого прилегания зубных протезов. [Электронный ресурс]
URL: https://meduniver.com/Medical/stomatologia/defekti_kraevogo_prilegania_zubnix_protezo.html
2. Жулев Е.Н., Вокулова Ю.А. Результаты изучения качества краевого прилегания каркасов из диоксида циркония, изготовленных с применением технологии внутри ротового лазерного сканирования Itero в эксперименте // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 1.;
URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25903> (дата обращения: 09.02.2022).
3. Методы оценки краевого прилегания несъемных протезов с опорой на зубы и имплантаты:
[Электронный ресурс] URL: <https://www.dentalrevue.ru/index.php?page=03&subPage=01&artId=113>

СЕКЦИЯ №38 СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

СЕКЦИЯ №39 ТОКСИКОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №40 ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

СЕКЦИЯ №41 ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ 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 2022 ГОД

Январь 2022г.

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

Прием статей для публикации: до 1 января 2022г.

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

Февраль 2022г.

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

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2022г.

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

Март 2022г.

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

Прием статей для публикации: до 1 марта 2022г.

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

Апрель 2022г.

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

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2022г.

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

Май 2022 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 мая 2022г.

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

Июнь 2022 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июня 2022г.

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

Июль 2022 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 июля 2022г.

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

Август 2022 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 августа 2022г.

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

Сентябрь 2022 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2022г.

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

Октябрь 2022г.

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

Прием статей для публикации: до 1 октября 2022г.

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

Ноябрь 2022 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2022г.

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

Декабрь 2022 г.

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

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2022г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2023г.

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 проблемы и достижения в медицине

Выпуск IX

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 апреля 2022 г.)**

г. Самара

2022 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 11.04.2022.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 3,06
Тираж 250 экз. Заказ № 040.

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