

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



Проблемы медицины в современных условиях

Выпуск IX

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

г. Казань

2022 г.

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

Проблемы медицины в современных условиях. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 9. г. **Казань**. – НН: ИЦРОН, 2022. 26 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., проф. Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Балязин В.А. (г. Ростов-на-Дону), д.м.н., проф. Белов В.В. (г. Челябинск), д.м.н. Бойкова Е.И. (г. Смоленск), д.м.н., проф. Быков А.В. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Грек О.Р. (г. Новосибирск), д.м.н. Гайнуллина Ю.И. (г. Владивосток), д.м.н. Гумилевский Б.Ю. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Даниленко В.И. (г. Воронеж), д.м.н., проф., акад. РАЕН, акад. МАНЭБ Долгинцев В.И. (г. Тюмень), д.м.н. Долгушина А.И. (г. Челябинск), д.м.н., проф. Захарова Н.Б. (г. Саратов), д.м.н., доц. Изможерова Н.В. (г. Екатеринбург), д.м.н., доц. Ильичева О.Е. (г. Челябинск), д.м.н., доц. Карасаева Л.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Карпищенко С.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Колокольцев М.М. (г. Иркутск), д.м.н. Куркатов С.В. (г. Красноярск), д.м.н. Курушина О.В. (г. Волгоград), д.м.н., чл.-кор. РАЕ Лазарева Н.В. (г. Самара), к.ф.-м.н. Лапушкин Г.И. (г. Москва), д.м.н., доц. Малахова Ж.Л. (г. Екатеринбург), к.м.н., доц. Марченко Д.В. (г. Иркутск), д.м.н., проф. Нартайлаков М.А. (г. Уфа), д.м.н. Полякова А.Г. (г. Нижний Новгород), д.м.н., проф. Расулов М.М. (г. Москва), д.м.н., проф. Смоленская О.Г. (г. Екатеринбург), д.м.н., проф. Стебунов С.С. (г. Минск), д.м.н., проф. Тотчиев Г.Ф. (г. Москва), к.м.н., доц. Турдыева Ш. Т. (г. Ташкент), д.м.н. профессор Тюков Ю.А. (г. Челябинск), к.м.н., доцент Ульяновская С.А. (г. Архангельск), д-р биол. наук, проф. Фалалеев А. Г. (г. Минск), к.м.н., доцент Федотова Е.В. (г. Архангельск), д.м.н., профессор Халматова Б.Т. (г. Ташкент), к.м.н., доц. Хидирова Л.Д. (г. Новосибирск), к.м.н., проф. Чвякин В.А. (г. Москва), д.м.н., проф. Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., проф. Юлдашев В.Л. (г. Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам IX Международной научно-практической конференции «**Проблемы медицины в современных условиях**», г. **Казань** представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

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

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

Оглавление

СЕКЦИЯ №1.	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	6
СЕКЦИЯ №2.	
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА	6
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ДИАМЕТРА ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ВЕТВИ НА СЕРДЦАХ С МИОКАРДИАЛЬНЫМ МОСТИКОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ВЕТВЛЕНИЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ	
Коробкеев А.А., Кузмин И.С., Лежнина О.Ю.....	6
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУБЭПИКАРДИАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА СЕРДЦА С ПРАВОВЕНЕЧНЫМ ВАРИАНТОМ ВЕТВЛЕНИЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПОДРОСТКОВ	
Алышева Е.В., Коробкеев А.А., Лежнина О.Ю., Мингалиева О. Н., Монастырская И. А.	8
СЕКЦИЯ №3.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ	10
СЕКЦИЯ №4.	
БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА	10
СЕКЦИЯ №5.	
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ	10
СЕКЦИЯ №6.	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	11
СЕКЦИЯ №7.	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	11
СЕКЦИЯ №8.	
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ	11
СЕКЦИЯ №9.	
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ	11
СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА	11
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ	11
СЕКЦИЯ №12	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ	11
СЕКЦИЯ №13	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ	11
СЕКЦИЯ №14	
КАРДИОЛОГИЯ	11
СЕКЦИЯ №15	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ	11
СЕКЦИЯ №16	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	11
СЕКЦИЯ №17	
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	11

СЕКЦИЯ №18	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	11
СЕКЦИЯ №19	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ	11
МОДУЛИРУЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАЙНЕ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ.	
Субботина Т. И., Питин П.А., Яшин А.А.	11
СЕКЦИЯ №20	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	15
СЕКЦИЯ №21	
МЕДИЦИНА ТРУДА	15
СЕКЦИЯ №22	
НАРКОЛОГИЯ.....	15
СЕКЦИЯ №23	
НЕЙРОХИРУРГИЯ.....	15
СЕКЦИЯ №24	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ	16
СЕКЦИЯ №25	
НЕФРОЛОГИЯ	16
СЕКЦИЯ №26	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	16
СЕКЦИЯ №27	
ОНКОЛОГИЯ.....	16
СЕКЦИЯ №28	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	16
СЕКЦИЯ №29	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ	16
СЕКЦИЯ №30	
ПЕДИАТРИЯ.....	16
СЕКЦИЯ №31	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	16
СЕКЦИЯ №32	
ПСИХИАТРИЯ.....	16
СЕКЦИЯ №33	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	16
СЕКЦИЯ №34	
РЕВМАТОЛОГИЯ.....	16
СЕКЦИЯ №35	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ	16
СЕКЦИЯ №36	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ	16
СЕКЦИЯ №37	
СТОМАТОЛОГИЯ.....	16

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА	
Варуха А.Н., Мхитарян А.К., Ивенский В.Н.....	16
НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	
Ивенский Н.И., Бражникова А.Н., Эм А.В.	18
СЕКЦИЯ №38	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА	20
СЕКЦИЯ №39	
ТОКСИКОЛОГИЯ	20
СЕКЦИЯ №40	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ	20
СЕКЦИЯ №41	
ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ	20
СЕКЦИЯ №42	
УРОЛОГИЯ	20
СЕКЦИЯ №43	
ФТИЗИАТРИЯ	20
СЛУЧАЙ ЗАТРУДНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИИ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ, С РАКОМ ЛЕГКОГО.	
Шилов В.Н., Зур И.М.....	20
СЕКЦИЯ №44	
ХИРУРГИЯ	23
СЕКЦИЯ №45	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	23
СЕКЦИЯ №46	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	23
СЕКЦИЯ №47	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА	23
СЕКЦИЯ №48	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА	23
СЕКЦИЯ №49	
ОРГАНИЗАЦИЯ АРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА	23
СЕКЦИЯ №50	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ	23
СЕКЦИЯ №51	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	23
СЕКЦИЯ №52	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ	23
СЕКЦИЯ №53	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ	23
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2022 ГОД	24

**СЕКЦИЯ №1.
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №2.
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА**

**ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ДИАМЕТРА ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ВЕТВИ НА СЕРДЦАХ С МИОКАРДИАЛЬНЫМ МОСТИКОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
ВАРИАНТАХ ВЕТВЛЕНИЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ**

Коробкеев А.А., Кузмин И.С., Лежнина О.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь

В современных литературных источниках достаточно часто встречается информация, касающаяся изучения аномалий коронарных артерий – миокардиальных мостиков [1]. Неоднозначным остается мнение исследователей о том, что миокардиальные мостики являются вариантом нормы и не представляют опасности для развития сердечно-сосудистых заболеваний [3]. Ряд ученых считают, что наличие данного анатомического феномена служит важным прогностическим признаком. Они отмечают структурные изменения в стенке интрамурального отдела артерии, увеличивающие её склонность к спазму и тромбозу [4-6]. Т. С. Сандодзе с соавт. (2020) полагают, что миокардиальные мостики играют важную роль в патогенезе острого коронарного синдрома при отсутствии атеросклеротических изменений венечных артерий [2]. Поэтому изучение морфологии венечных артерий с миокардиальными мостиками сохраняет свою актуальность.

Цель работы: представить сравнительный анализ изменений диаметра передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) на сердцах с миокардиальным мостиком во время систолы при левовенечном (ЛВВВА) и равномерном (РВВВА) вариантах ветвлений венечных артерий (ВВВА).

Материал и методы. У людей второго периода зрелого возраста исследовано 60 прижизненных коронарограмм с миокардиальным мостиком, располагающимся в средней трети передней межжелудочковой борозды. На объектах с ЛВВВА и РВВВА изучено по 30 архивных записей каждого варианта. В исследование включены сердца с миокардиальным мостиком, длина которого была более 20 мм, а стеноз интрамурального отдела артерии в пределах миокардиального мостика составлял 50-70%. Просвет ПМЖВ исследован в субэпикардальном и интрамуральном участках в фазу систолы. Морфометрия проведена с помощью специальной компьютерной программы «RadiAnt DICOM Viewer». Статистический анализ полученных морфометрических показателей осуществлен с использованием компьютерной программы «SPSS». Полученные данные представлены в виде медианы, значения 25-го и 75-го процентилей (Me [25%; 75%]). Сравнение проводили по U-критерию Манна – Уитни. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При разделении левой венечной артерии в систолу образуется ПМЖВ, диаметр которой на объектах ЛВВВА составляет 3,19 мм [2,97; 3,62] и превалирует над его величиной при РВВВА – 2,83 мм [2,67; 3,01] ($U=132,5$, $Z=-4,70$, $p < 0,0001$). Установлено, что ПМЖВ образует 4±1 субэпикардиальных разветвления, из которых I–III генерации локализуются до входа артерии в туннельный отдел на протяжении миокардиального мостика, а VI уровень деления ПМЖВ выявлен после выхода артерии из интрамурального участка. В субэпикардиальных разветвлениях объектов с ЛВВВА диаметр ПМЖВ статистически значимо преобладал над его значениями при РВВВА на всем протяжении сосуда (табл.).

Таблица

Диаметр передней межжелудочковой ветви в субэпикардиальном отделе

Уровень деления	Составляющая деления	Внутренний диаметр ПМЖВ, мм		U-критерий Манна – Уитни	Z	p
		ЛВВВА	РВВВА			
I	ОС	3,17 [2,94; 3,52]	2,72 [2,56; 2,89]	104,5	-5,11	<0,0001
I	П	3,16 [2,94; 3,49]	2,70 [2,56; 2,88]	104,0	-5,12	<0,0001
II	ОС	3,16 [2,93; 3,47]	2,66 [2,56; 2,66]	117,0	-4,93	<0,0001
II	П	3,09 [2,89; 3,45]	2,65 [2,55; 2,83]	130,0	-4,73	<0,0001
III	ОС	3,05 [2,87; 3,42]	2,68 [2,54; 2,80]	133,5	-4,68	<0,0001
III	П	3,04 [2,79; 3,40]	2,61 [2,51; 2,73]	128,5	-4,76	<0,0001
VI	ОС	2,46 [2,31; 2,59]	1,89 [1,85; 2,29]	90,0	-5,33	<0,0001
VI	П	2,38 [2,21; 2,56]	1,82 [1,65; 2,27]	128,0	-4,76	<0,0001

Примечание: p – значимость различий между ЛВВВА и РВВВА; ОС – основной ствол разветвления; П – производная деления, продолжающая основную магистраль ПМЖВ.

При всех ВВВА в средней трети передней межжелудочковой борозды ПМЖВ образует «систолическое расширение» перед миокардиальным мостиком. Данное анатомическое образование формируется через 4,57 мм [3,89; 5,31] и 5,18 мм [4,08; 5,81] ($U=341$, $Z=-1,16$, $p=0,107$) после III генерации, соответственно при ЛВВВА и РВВВА. Наибольший значений диаметр ПМЖВ в области систолического расширения достигает при ЛВВВА – 3,51 мм [3,23; 3,88], а на сердцах с РВВВА его величина меньше, составляя 3,08 мм [2,88; 3,30] ($U=147,5$, $Z=-4,47$, $p<0,0001$).

На объектах с ЛВВВА (2,90 мм [2,63; 3,18]) протяженность «систолического» расширения меньше, чем на сердцах с РВВВА – 3,71 мм [3,56; 4,09] ($U=100,0$, $Z=-5,18$, $p<0,0001$). В дальнейшем ПМЖВ погружается в туннельный отдел миокардиального мостика с резким снижением диаметра в месте входа в миокард соответственно до 2,63 мм [2,39; 2,95] и 2,17 мм [2,15; 2,37] ($U=142,5$, $Z=-4,54$, $p<0,0001$), соответственно при ЛВВВА и РВВВА.

В интрамуральном отделе ПМЖВ формирует 2 ± 1 деления при всех ВВВА, распространяясь в пределах средней трети передней межжелудочковой борозды. В IV генерации ПМЖВ диаметр основного ствола статистически значимо преобладает на сердцах с ЛВВВА (2,34 мм [2,07; 2,49]) над его величиной при РВВВА (1,82 мм [1,66; 1,94]) ($U=127,0$, $Z=-4,78$, $p<0,0001$). После разветвления просвет магистрали ПМЖВ изменяется незначительно, составляя 2,30 мм [2,07; 2,49] и 1,78 мм [1,64; 1,93] ($U=116,5$, $Z=-4,93$, $p<0,0001$), соответственно при ЛВВВА и РВВВА. В дальнейшем при РВВВА просвет сосуда практически сохраняет свои значения до формирования V интрамурального уровня деления ПМЖВ, тогда как на сердцах с ЛВВВА выявлено его уменьшение в 1,1 раза. Основной ствол V генерации имеет диаметр 2,19 мм [1,92; 2,39] и 1,80 мм [1,57; 1,91] ($U=129,5$, $Z=-4,74$, $p<0,0001$) соответственно при ЛВВВА и РВВВА. Правая производная данного деления, являющаяся продолжением ПМЖВ, незначительно изменяет просвет, демонстрируя статистически значимое превалирование величины диаметра при ЛВВВА (2,18 мм [1,92; 2,37]) в сравнении с РВВВА (1,78 мм [1,57; 1,88]) ($U=127,0$, $Z=-4,78$, $p<0,0001$).

На сердцах с ЛВВВА и РВВВА соответственно через 7,04 мм [4,70; 11,36] и 11,41 мм [9,35; 14,00] ($U=254$, $Z=-2,90$, $p=0,004$) сосуд выходит из миокардиального мостика. В месте выхода артерии отмечено

снижение диаметра ПМЖВ с минимальным просветом при РВВВА – 1,10 мм [1,05; 1,34] и со значением показателя на сердцах с ЛВВВА 1,56 мм [1,35; 1,75] ($U=122,0$, $Z=-4,85$, $p<0,0001$). В последующем диаметр ПМЖВ увеличивается до формирования VI субэпикариального деления при ЛВВВА в 1,58 раза, а на сердцах с РВВВА возрастает в 2,1 раза.

Заключение. Данные сравнительного анализа изменений диаметра ПМЖВ в фазу систолы на сердцах с миокардиальным мостиком показали статистически значимое превалирование просвета сосуда на объектах с ЛВВВА на всей территории распространения. В фазу систолы выявлено образование «систолического расширения» ПМЖВ перед миокардиальным мостиком при всех ВВВА. Выраженное уменьшение просвета ПМЖВ определено в местах входа и выхода из миокардиального мостика с максимальным снижением в области возвращения из туннельного участка под эпикард.

Список литературы

1. Васильев А., Стрельцова Н. Аномалии развития коронарных артерий в клинической практике. Врач. – 2019. – №4. – С. 10-15. <https://doi.org/10.28296/25877305-2019-04-02>
2. Сандодзе Т. С., Азаров А. В., Асадов Д. А., Гюльмисарян К. В., Семитко С. П., Церетели Н. В., Иоселиани Д. Г. О возможной роли миокардиальных мышечных «мостиков» в патогенезе острого коронарного синдрома. Сибирский научный медицинский журнал. 2020. – Т.40, №5. – С. 84-91. <https://doi.org/10.15372/SSMJ20200510>
3. Hostiuc S., Rusu M.C., Hostiuc M., Negoii R.I., Negoii I., Cardiovascular consequences of myocardial bridging: A meta-analysis and meta-regression. Nat. Res. J. Sci. Rep. 2017. – Vol.4. – P. 14644. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13958-0>
4. I-Am E. A., Corban M. T., Pollak A. W., Lerman A., Ammash N. M. A challenging combination: anomalous left anterior descending coronary artery, myocardial bridging, and endothelial dysfunction. Front. Cardiovasc. Med. 2020. –Vol.7. – P. 57. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00057>
5. Lee M. S., Chen C. H. Myocardial bridging: an up-to-date review. J. Invasive Cardiol. 2015. – Vol.27, №11. – P. 521-528. <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20150082>
6. Nakaura T. [et al.]. Myocardial bridging is associated with coronary atherosclerosis in the segment proximal to the site of bridging. J. Cardiol. 2014;2(63):134-139. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2013.07.005>

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУБЭПИКАРДИАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА СЕРДЦА С ПРАВОВЕНЕЧНЫМ ВАРИАНТОМ ВЕТВЛЕНИЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПОДРОСТКОВ

Алышева Е.В., Коробкеев А.А., Лежнина О.Ю., Мингалиева О. Н., Монастырская И. А.

Ставропольский государственный медицинский университет,

г. Ставрополь

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться ведущими причинами смертности и инвалидности людей различных возрастных периодов [6], в том числе у подростков [4]. Чаще всего встречается ишемическая болезнь сердца, обычно обусловленная поражением венечных артерий атеросклерозом. Также выявлены наблюдения ишемической болезни сердца без ангиографических изменений просвета коронарных сосудов [2].

Большинство современных исследований сосудов сердца рассматривают морфологию коронарных артерий [3], в тоже время незаслуженно меньшее внимание уделяется функциональной анатомии вен [1],

находящихся в единых гемодинамических условиях сосудистого русла. Крайне редко авторы приводят сравнительную характеристику морфофункциональных показателей венечных артерий и вен сердца [5]. Поэтому комплексное изучение морфологии как артериального, так и венозного русла сердца весьма актуально.

Цель работы: представить морфофункциональную характеристику субэпикардиальных артерий и вен сердца подростков в пределах задней межжелудочковой борозды при правовенечном варианте ветвлений венечных артерий с преобладанием системы средней вены сердца.

Материал и методы. Комплексно исследованы 19 сердец людей подросткового возраста с правовенечным вариантом ветвлений венечных артерий и преобладанием системы средней вены сердца без нарушения коронарного кровотока. Комплексная методика изучения задней межжелудочковой ветви (ЗМЖВ) правой венечной артерии и средней вены сердца (СВС) включала инъектирование субэпикардиальных сосудов рентгеноконтрастными массами, анатомическое препарирование, рентгенографию сосудов сердца в 4-х проекциях. Морфометрия коронарных артерий и вен сердца проводилась в специальной компьютерной программе ВидеоТест-Морфология (5,0) с определением величины углов артериальных разветвлений и венозных слияний, углов отклонения ветвей и притоков, а также длины основных стволов, протяженности их ветвей и притоков.

Статистический анализ морфометрических данных проведен с помощью компьютерной программы «SPSS». Данные представлены в виде средней арифметической и её стандартной ошибки ($M \pm m$). Использован t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В пределах задней межжелудочковой борозды (ЗМЖВ) установлено 3 ± 1 субэпикардиальных разветвления ЗМЖВ и 4 ± 1 уровня слияния СВС. Топографически в верхней трети ЗМЖВ располагались I генерация ЗМЖВ и I уровень слияния венечного синуса. На протяжении средней трети борозды ЗМЖВ образовала II и III разветвления, а СВС демонстрировала III и IV уровни слияния. Отмечено, что III генерация ЗМЖВ пересекает левый приток IV уровня слияния СВС, располагаясь поверхностно. В нижней трети ЗМЖВ находились I и II уровни слияния СВС с их притоками. Артериальные ветви в данной топографической области разветвлений не формировали и погружались в миокард.

Установлено, что ЗМЖВ формирует I деление с длиной основного ствола $43,6 \pm 5,1$ мм и углом разветвления $82,2 \pm 7,5^\circ$. Правая производная данного разветвления, продолжаясь на протяжении $15,3 \pm 1,7$ мм, формировала II генерацию ЗМЖВ. Данное субэпикардиальное деление имело угол разветвления равный $117,6 \pm 10,5^\circ$. Тогда как углы отклонения его правой и левой производных составили $49,6 \pm 5,5^\circ$ и $68,0 \pm 6,4^\circ$. Обе «дочерние» ветви погружались в миокард, пройдя под эпикардом $19,6 \pm 1,8$ мм и $16,0 \pm 6,5$ мм, соответственно с правой и левой сторон.

Левая «дочерняя» ветвь I уровня деления ЗМЖВ, имеющая угол отклонения $25,3 \pm 2,5^\circ$, через $30,1 \pm 2,9$ мм стала основным стволом III генерации с углом разветвления $50,9 \pm 5,5^\circ$. Правая и левая производные данного деления отклонялись с углами, составившими соответственно $35,5 \pm 3,5^\circ$ и $15,5 \pm 2,0^\circ$. Правая и левая «дочерние» ветви, распространяясь по задней поверхности правого желудочка, проникали в миокард через $3,0 \pm 0,5$ мм и $5,0 \pm 4,5$ мм, соответственно.

СВС образовала I уровень слияния в нижней трети ПМЖБ при соединении правого и левого притоков длиной $25,8 \pm 2,3$ мм и $21,0 \pm 1,5$ мм. Углы отклонения правого и левого притоков составили $11,0 \pm 1,5^\circ$ и $14,0 \pm 2,0^\circ$, а угол I слияния равнялся $25,0 \pm 2,6^\circ$. Сформированный основной ствол I уровня слияния СВС длиной $4,5 \pm 3,3$ мм одновременно стал левым притоком II уровня слияния, соединяясь под углом $15,0 \pm 1,6^\circ$. Протяженность правого притока данного слияния СВС составила $8,5 \pm 5,2$ мм, а угол отклонения равнялся лишь $7,0 \pm 1,5^\circ$.

III уровень слияния СВС формировался правым и левым притоками, длина которых составила $11,1 \pm 1,7$ мм и $5,8 \pm 1,3$ мм. Угол отклонения правого притока ($15,0 \pm 1,5^\circ$) несколько превышал его значения у притока слева ($11,0 \pm 1,0^\circ$), тогда как угол III уровня слияния составил $26,0 \pm 2,0^\circ$. Продолжением основного ствола данного слияния стал правый приток следующего IV уровня слияния СВС длиной $2,0 \pm 1,0$ мм. Протяженность левого притока данного слияния статистически значимо превышала величину правого и составила $7,8 \pm 2,1$ мм ($p < 0,05$). Угол отклонения притока слева также превышал его значение справа, составляя соответственно $16,0 \pm 1,5^\circ$ и $5,0 \pm 1,0^\circ$ ($p < 0,05$). Основной ствол продолжался по ЗМЖБ в течение $10,9 \pm 1,7$ мм и стал левым притоком V уровня слияния СВС с углом отклонения $10,0 \pm 1,1^\circ$. Протяженность и угол отклонения правого притока данного слияния СВС составили соответственно $8,9 \pm 1,6$ мм и $7,0 \pm 1,0^\circ$. VI уровень слияния СВС образовался из соединения левого и правого притока, являющегося основным стволом V слияния. Длина левого притока ($22,9 \pm 2,3$ мм) статистически значимо превалировала над его величиной у правого $6,0 \pm 1,2$ мм, $p < 0,05$. Тогда как различие между углами отклонения притоков VI уровня слияния было незначительным, значения которых составили слева и справа $15,0 \pm 1,5^\circ$ и $11,0 \pm 1,0^\circ$, соответственно.

Заключение. Таким образом, представлены морфофункциональные закономерности организации ЗМЖБ и СВС у подростков при правовенечном варианте ветвлений венечных артерий с преобладанием системы средней вены сердца. Приведены количественные значения длины и углов артериальных разветвлений и венозных слияний с описанием их взаимного расположения в пределах задней межжелудочковой борозды.

Список литературы

7. Астахова О. Н., Алышева Е. В. Морфофункциональная характеристика субэпикардиальных отделов вен системы венечного синуса у детей первого детства. Морфология. – 2014. – Т.145, №3. – С. 21.
8. Кулешова Э. В., Панов А. В. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 409-410.
9. Лезнина О. Ю. К вопросу об особенностях организации коронарного русла сердца. Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – №3. – С. 24-27.
10. Рагина Н. С., Ушакова С. А., Горбатиков К. В., Халидуллина О. Ю., Мочихин Д. С., Шабанова Л. В., Карпов Е. А., Медведева А. М., Рейтблат О. М., Горохова Н. Е. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. – Т.63, №4. – С. 198-199.
11. Федько И. И. Топографо-анатомические взаимоотношения артерий и вен сердца у людей пожилого и старческого возраста (от 56 до 90 лет). – Волгоград, 2013. – 26 с.
12. Холкина А. А., Ковалев Ю. Р., Исаков В. А., Гончар Н. О. Мышечный мостик и фистула коронарной артерии у больной со стенокардией. Педиатр. 2019. – Т.10, Вып.2. – С. 137-141. <https://doi.org/10.17816/PED102137-141>

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**

**МОДУЛИРУЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАЙНЕ
ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ ПЕЧЕНИ ПРИ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ.**

Субботина Т. И., Питин П.А., Яшин А.А.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет, медицинский институт»,

ул. Болдина 128, Тула, 300012, Россия

В настоящее время накоплен большой экспериментальный материал по изучению воздействия физических факторов на биологические объекты. Исследования проводятся на различном уровне организации биообъектов от молекулярных структур до целостного организма[1,2,3]. Несмотря на большой накопленный научный материал сведения о воздействии электромагнитных полей на биологические объекты крайне противоречивы, и механизм их остается недостаточно изученным[5,6,11,12]. В экспериментах получен неоднозначный отклик на воздействие электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ КВЧ) со стороны структуры и функции печени при развитии патологического процесса[4,5]. Неоднозначно трактуются результаты экспериментов, указывающих на развитие как патологических, так и физиологических ответных реакций, которые рассматриваются как следствие модулирующих эффектов при воздействии электромагнитного излучения на биологические объекты[7,8,9,10]. В связи с тем, что получены крайне противоречивые результаты, указывающие на вероятный модулирующий механизм развития патологических процессов, является актуальным дальнейшее изучение в эксперименте влияния ЭМИ КВЧ на особенности морфологических изменений в ткани печени при экспериментальном остром токсическом гепатите.

Цель исследования: изучить на экспериментальной модели острого токсического гепатита особенности патоморфологических изменений в ткани печени при модулирующем воздействии ЭМИ КВЧ.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на половозрелых мышах линии Balb/c. Работа с лабораторными животными осуществлялась в соответствии с рекомендациями изложенными МЗ СССР за №755 от 12 августа 1977 года, а также принятой Хельсинской Декларации от 1975 года с дополнениями в 1983 г. Животные выводились из эксперимента путем внутрибрюшинного введения тиопентала натрия в дозировке 20 мг. Контрольная группа мышей, содержалась в стандартных условиях вивария, и не подвергалась патологическим воздействиям. Подопытная группа была сформирована из животных с экспериментальным токсическим гепатитом. Острый токсический гепатит, моделировался путем внутрибрюшинного введения четыреххлористого углерода 0,1 мл 40% раствора. В основной экспериментальной группе после введения 40% раствора четыреххлористого углерода в дозе 0,1 мл, мыши подвергались воздействию электромагнитного излучения крайне высокой частоты 37 ГГц с мощностью 0,5 мВт/см². Для проведения эксперимента использован генератор синусоиды в режиме от 1Гц до 100Гц. Общее время экспозиции составило 180 минут. В качестве группы сравнения использованы животные с токсическим гепатитом, не подвергающиеся воздействию электромагнитного излучения. Введение гепатопротекторов в экспериментальных группах не применялось, с целью исключения гепатопротекторного нивелирования модулирующего эффекта электромагнитного излучения. Патоморфологические исследования ткани печени осуществлялись по стандартной методике на гистологических препаратах окрашенных гематоксилином и эозином. Микроскопические исследования выполнены на микроскопе Nikon Eclipse CE-400 при увеличении x600.

Результаты и их обсуждение.

В контрольной группе животных патологические изменения в ткани печени не выявлено. Дольковая структура печени сохранена. Трабекулярное строение печеночных долек не нарушено. Гистологическое строение первой группы показано на рисунке №1

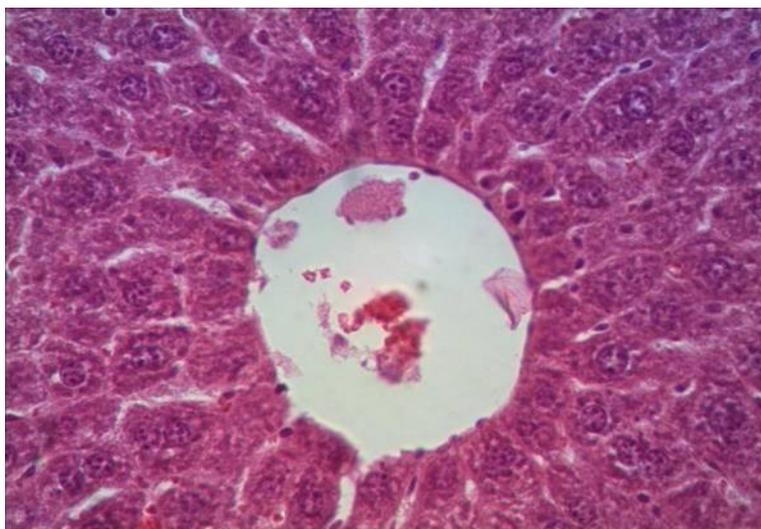


Рис. 1. Контрольная группа. Ткань печени, без патологических изменений. Гематоксилин и эозин, х600.

В группе сравнения, после введения четыреххлористого углерода на четырнадцатые сутки в ткани печени наблюдались морфологические изменения, свидетельствующие о формировании токсического гепатита. Трабекулярная структура ткани печени выражена не отчетливо, наблюдается дисконтакция гепатоцитов, синусоиды неравномерно расширены, полнокровны. Микроциркуляторные изменения характеризуются формированием слайджа и стаза. Гепатоциты находятся в состоянии диффузной белковой дистрофии. Наблюдается очаговая лимфоцитарно-макрофагальная инфильтрация в очагах с необратимыми некротическими изменениями в паренхиме печени. Типичным является формирование внутриклеточного центролобулярного холестаза. Гистологическая картина показана на рисунке №2

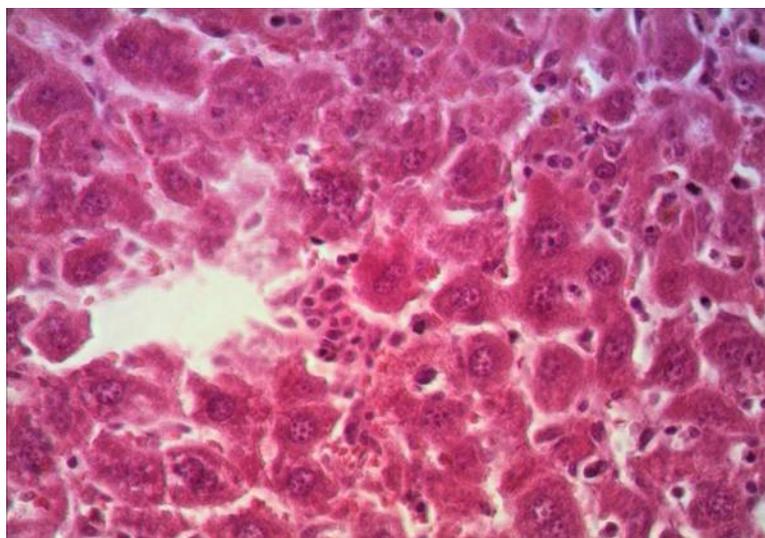


Рис. 2. Группа сравнения. Ткань печени, картина некротических и некробиотических изменений. Гематоксилин и эозин, х600.

В основной экспериментальной группе после введения 40% раствора четыреххлористого углерода в дозе 0,1 мл и воздействия электромагнитного излучения с частотой 37 ГГц и мощностью 0,5 мВт/см² наблюдалась замедленная динамика развития некробиотических и воспалительных изменений в ткани печени. Спустя две недели после начала эксперимента выявлены очаговые дистрофические изменения, локализующиеся преимущественно в центролобулярной зоне долек. Трабекулярное строение паренхимы печени не изменено. В ткани печени преобладали микроциркуляторные изменения,

характеризующиеся расширением синусоидов и их полнокровием, что свидетельствует об улучшении кровоснабжения и оксигенации во всех отделах классических печеночных долек. Полученные морфологические результаты в экспериментальной группе свидетельствуют о том, что был достигнут модулирующий гепатопротекторный эффект, снижающий токсическое повреждение ткани печени четыреххлористым углеродом. Особенности гистологических изменений ткани печени в экспериментальной группе показаны на рисунке №3.

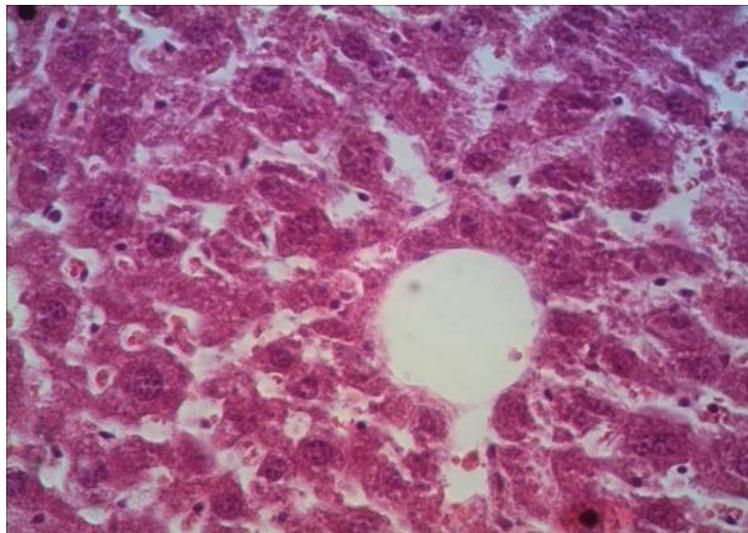


Рис. 3. Экспериментальная группа. В ткани печени микроциркуляторные изменения, расширение и полнокровие синусоидов, очаговая дистрофия в центролобулярной зоне печеночной дольки. Гематоксилин и эозин, х600.

Выводы:

1. На экспериментальной модели острого токсического гепатита при модулирующем воздействии ЭМИ КВЧ установлено формирование положительной динамики, свидетельствующей о предотвращении развития необратимых патоморфологических изменений в ткани печени.

2. Следствием модулирующего воздействия ЭМИ КВЧ является формирование в ткани печени микроциркуляторных изменений, свидетельствующих об улучшении кровоснабжения и как следствие оксигенации ткани печени.

3. Полученные морфологические результаты в экспериментальной группе свидетельствуют о том, что под воздействием ЭМИ КВЧ был достигнут модулирующий гепатопротекторный эффект, снижающий токсическое повреждение ткани печени четыреххлористым углеродом.

Литература:

1. Девятков Н.Д., Арзуманов Ю.Л., Бецкий О.В., Лебедева Н.Н. Применение низкоинтенсивных электромагнитных волн в медицине /10 Российский симпозиум с международным участием «Миллиметровые волны в мед. и биологии»: Сб. докл. -М., 1995.
2. Резункова О.П. Биофизический механизм воздействия миллиметрового излучения на биологические процессы. -2007г.- Журнал Научно-технический вестник информационных технологий, механики и оптики с. 48-51.
3. Субботина Т. И. Хренов П.А., Савин Е.И., Питин П.А., Артозей Н.Н., Чирикова Е.Д., Аннанпесов Н.С., Максимова А.В., Кондратьева А.В. Влияние ЭМИ КВЧ на восстановление концентрации общего белка при токсических поражениях печени. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований// Издательство академии естествознания. - 2013. - №6. - с. 126

4. Субботина Т.И., Исаева Н.М., Савин Е.И., Питин П. А., Васютикова А.Ю., Коваль Г.А., Перепечина К.А., Оразова О.А., Козлова П.А., Абидова Ф.М. Комплексная терапия токсического гепатита в сочетании с облучением ЭМИ КВЧ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований// Издательство академии естествознания. - 2014. - №3 (часть 2). – с. 112
5. Субботина Т.И., Савин Е. И., Исаева Н. М., Питин П. А., Васютикова А.Ю. Морфологическая картина печени на фоне комплексной терапии токсического гепатита в сочетании с облучением ЭМИ КВЧ//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований// Издательство академии естествознания. - 2014. - №2. - с. 173-173
6. Савин Е.И., Питин П.А., Васютикова А.Ю. Новые данные о переносе биофизической информации между биообъектами (монография)// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 6. – С. 104-105;
7. Савин Е.И., Ленников Р.В., Иванов Д.В., Морозов В.Н., Субботина Т.И., Хадарцев А.А., Яшин А.А. Эффект донор-акцепторного переноса проходящим электромагнитным излучением сано- и патогенных характеристик биообъекта и создание новых медицинских технологий // Вестник новых медицинских технологий. –2010.–Т.ХVII,№2.-С.10-16.
8. Савин Е.И., Алиева Д.О., Субботина Т.И., Яшин А.А., Яшин С.А. Электродинамический перенос физиологических характеристик с одного биообъекта на другой // Физика волновых процессов и радиотехнические системы. Периодический теоретический и научно-практический журнал. –2011.– Т.14,№3.-С.137-147
9. Смолянская, А.З., Гельевич Э.А., Голант, М.Б., Махов, А.М. / Резонансные явления при действии электромагнитных волн миллиметрового диапазона на биологические объекты. // Успехи современной биологии - 1979 - 87 (3) - с. 381-392
10. Чуян Е.Н. Физиологические механизмы биологического действия низкоинтенсивного электромагнитного излучения крайневисоких частот. // Миллиметровые волны в биологии и медицине. Т.2(50). 2008г.С.10-44.
11. Li X., Du M., Liu X., Chen W., Wu M., Lin J., Wu G. / Millimeter wave treatment promotes chondrocyte proliferation by upregulating the expression of cyclin-dependent kinase 2 and cyclin A. // International journal of molecular medicine - 2010 - 26 - p. 77-84.
12. Li X., Ye H., Cai L., Yu F., Chen W., Lin R., Zheng C., Xu H., Ye J., Wu G., Liu X. / Millimeter wave radiation induces apoptosis via affecting the ratio of Bax/Bcl-2 in SW1353 human chondrosarcoma cells. // Oncology reports - 2012- 27 - p. 664-672.

СЕКЦИЯ №20

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

СЕКЦИЯ №21

МЕДИЦИНА ТРУДА

СЕКЦИЯ №22

НАРКОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №23

НЕЙРОХИРУРГИЯ

**СЕКЦИЯ №24
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ**

**СЕКЦИЯ №25
НЕФРОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №26
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

**СЕКЦИЯ №27
ОНКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №28
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

**СЕКЦИЯ №29
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №30
ПЕДИАТРИЯ**

**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**

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Варуха А.Н., Мхитарян А.К., Ивенский В.Н.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь

Изучив статистику по 2020 году было выявлено 556 036 случаев злокачественных новообразований. В I стадии диагностировано 30,7% злокачественных опухолей, во II стадии - 25,6%, в III стадии - 17,8%. Высокая степень инвалидизации среди онкологических больных значительно снижает качество их жизни, и

обуславливает необходимость поиска методов повышения качества медицинской помощи при данной патологии. Для решения данного вопроса необходимо комплексное лечение пациентов, в плане привлечения специалистов не только узкого профиля, но и врачей-стоматологов, так как именно им отводится первостепенная роль в профилактике и ранней диагностике онкозаболеваний челюстно-лицевой области [4].

Актуальность данной проблемы обусловлена своевременной диагностикой злокачественных новообразований, онкологической настороженностью специалистов первичного звена, своевременным направлением пациентов с подозрением на злокачественное новообразование органов полости рта и челюстно-лицевой области к онкологу [2,3,4].

Все выше перечисленное определило цель нашего исследования: улучшение стоматологического качества жизни онкологического пациента путем повышения качества подготовки специалистов первого звена на стоматологическом приёме.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие жители г. Ставрополя и Ставропольского края, в количестве 48 человек в возрасте от 38 до 65 лет обоего пола, которые подписывали добровольное согласие на участие в исследовании. В ходе работы применялись следующие методы: - изучение стоматологического качества жизни; - статистический.

Метод изучения стоматологического качества жизни представлял собой анкетирование пациентов с помощью опросника ОНП-14, вопросы которого разделены на три домена - проблемы при приеме пищи, проблемы при общении, проблемы в повседневной жизни. Предлагаемый опросник был разработан Slade G.D., а его русская версия была валидирована и использована в исследованиях Барера Г.М. и соавт. Статистический метод заключался в анализе полученных данных с помощью стандартных методик статистической обработки с использованием программного обеспечения для персонального компьютера.

Результаты и обсуждение. Все пациенты в той или иной степени отмечают проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами. Сумма баллов домена 1 опросника составляет 15,3 балла. Исследуемые отмечают затруднение приема пищи связанные с множественными дефектами твердых тканей зубов, ксеростомией и невозможностью полноценно пользоваться ортопедическими конструкциями. В ходе проведения исследования по второму и третьему доменам было установлено, что для пациентов обоего пола и различных возрастных групп статистически значимых различий между «проблемами в общении» и «проблемами в повседневной жизни» нет, что говорит о важности для пациентов исследуемых критериев стоматологического качества жизни. Онкологические пациенты старше 60 лет оценивают свое стоматологическое качество жизни ниже более молодых пациентов. Из изучаемых критериев качества жизни их больше всего беспокоят проблемы, связанные с невозможностью полноценного пережевывания пищи [1,4,5].

Выводы. Полученные результаты доказывают необходимость повышения квалификации врачей-стоматологов в плане онконастороженности. Настоящее исследование подтверждает правильность комплексного подхода к решению вопроса повышения качества стоматологического здоровья онкологических пациентов. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости профессиональной подготовки кадров, их ориентации на профилактику онкологических заболеваний, а для этого, необходимо повышать уровень знаний среди специалистов первого звена.

Список литературы:

1. Бражникова А.Н. Обоснование методов антисептической обработки поверхности твердых тканей зубов, препарированных под металлокерамические протезы/диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/ГОУВПО "Ставропольская государственная медицинская академия". Ставрополь, 2009.

2. Бражникова А.Н., Гаража С.Н., Караков К.Г. Лабораторно-клиническое обоснование нового способа сочетанного применения антисептиков/Врач. 2008. № 10. С. 83-84.
3. Гаража Н.Н., Бражникова А.Н., Гаража С.Н., Зеленская А.В., Хачатуров С.С. Эффективность антисептического воздействия раствора нитрата серебра на дентин препарированных зубов/Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ. 2016. С. 63-65.
4. Ивенский Н.И., Мхитарян А.К., Бражникова А.Н. Необходимость внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний у лиц пожилого возраста г. Ставрополя/Актуальные вопросы клинической стоматологии. 2019. С. 250-252.
5. Орлов М.Н., Кражан Д.С., Гаража С.Н., Гаража Н.Н., Бражникова А.Н. Эффективность совместного действия антисептиков и сорбентов на микрофлору пародонтальных карманов/Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ. 2014. С. 150-153.

НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Ивенский Н.И., Бражникова А.Н., Эм А.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь

Стоматологическое здоровье беременных женщин является объектом многих исследований, поскольку существенные изменения уровня и структуры заболеваний полости рта имеют большое значение в связи с особенностями их клиники и их влиянием на общее состояние организма [4,5]. Беременные женщины и дети раннего возраста входят в группы повышенного риска возникновения стоматологических заболеваний и требуют особого внимания. Во время беременности, как отмечают многие исследователи, увеличивается уровень интенсивности и распространенности кариеса зубов и заболеваний пародонта.

Состояние здоровья будущей мамы оказывает влияние на антенатальные процессы минерализации эмали молочных зубов ребенка, поэтому лечение и профилактика кариеса у беременной женщины является антенатальной профилактикой кариеса зубов будущего ребенка [1,2,6]. Антенатальный период - внутриутробное развитие плода, длительность которого составляет 40 недель (плюс-минус 2 недели). В течение всего антенатального развития формируется новый организм, это период быстрого роста всех органов и систем. К формированию пороков развития твердых тканей приводят различные нарушения в период фолликулярного развития зубов.

Во время беременности высок риск развития серьезных стоматологических заболеваний. Многими авторами ранее проводились исследования, в ходе которых было установлено, что при физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет 91,4%, у беременных с токсикозом распространенность кариеса составила 97,6%. Плохая гигиена полости рта, наличие местных раздражающих факторов, антисанитария полости рта, возраст женщины и количество беременностей, их патологическое течение, стрессы приводят к увеличению распространенности воспалительных заболеваний тканей пародонта у беременных [3,4].

Будущим мамам для предотвращения развития аномалий развития зубочелюстной системы ребенка в антенатальном периоде, в первую очередь необходимо: исключение воздействия на организм будущей матери различных факторов физического, химического и биологического характера; чтобы «помочь» минерализации зубов, важно, чтобы в пище содержались соли кальция, фосфора, фтора и других микроэлементов, а также

витамины; санитарное просвещение беременных, регулярная санация полости рта; отказ от назначений тетрациклина беременным женщинам, так как прием препарата вызывает нарушение минерализации твердых тканей зубов; обучение будущих мам элементарной гигиене полости рта ребенка (зубные щетки адекватных размеров, детские зубные пасты).

Действие неблагоприятных факторов устранить полностью невозможно, поэтому оптимальным способом предупреждения аномалий развития зубочелюстной системы является диспансерное наблюдение беременной женщины и малыша. Также наблюдение следует начинать с 6-8 недель беременности, и продолжается в течении первых лет жизни ребенка, плавно перетекая в обыкновенное наблюдение [5].

Аntenатальная профилактика должна включать проведение профилактических мероприятий с будущими родителями. Врач акцентирует их внимание на отказе от вредных привычек, таких как курение; правильном выборе зубных щеток и паст; умении пользоваться межзубными ершиками и нитями; ограничении употребления вредных для зубов пищевых продуктов и напитков и соблюдение режима питания. Четкое разделение по направлениям: 1) профилактика кариеса зубов и болезней пародонта (гингивитов, пародонтитов у беременных женщин, 2) меры обеспечения нормального развития зубов у плода, 3) профилактика кариеса зубов у новорожденных и детей первых лет жизни.

Все эти факторы диктуют необходимость совершения профилактических мероприятий, направленных на улучшение стоматологического здоровья женщины в период беременности. В связи с этим большое значение имеет разработка профилактических программ, которые позволят сохранить и укрепить здоровье беременной, а также провести антенатальную профилактику кариеса зубов у ребенка [3].

Для эффективной работы программ профилактики необходим комплексное воздействие на основные контролируемые факторы риска, что достигается в тесном контакте врача-стоматолога с акушерами женской консультации при непосредственном участии будущих мам.

Список литературы:

1. Агранович Н.В., Мхитарян А.К., Агранович В.О. Формирование здорового образа жизни в профилактике стоматологических заболеваний у населения молодого возраста/Вестник Ставропольского государственного университета. 2012. № 3. С. 234-237.
2. Агранович Н.В., Мхитарян А.К. Формирование мотивации здорового образа жизни у лиц разных возрастных групп/Приднепровский научный вестник. 2012. № 9 (131). С. 110-112.
3. Варуха А.П., Эм А.В., Аванесов М.А., Хмелевская Я.В. Анализ санитарно-просветительной работы в профилактике стоматологических заболеваний у студентов старших курсов СтГМУ/ Новое в теории и практике стоматологии. Материалы XXI Форума научно-практической конференции стоматологов Юга России «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ», посвященной 75-летию со дня рождения профессора В. И. Гречишникова. 2022. С.183
4. Мхитарян А.К., Агранович Н.В. Мониторинг стоматологической заболеваемости среди взрослого населения Ставропольского края/Медицинский вестник Северного Кавказа. 2015. Т. 10. № 3. С. 266-269.
5. Мхитарян А.К., Агранович Н.В. Вопросы организации профилактических мероприятий стоматологических заболеваний и взаимосвязь между состоянием тканей пародонта и уровнем индивидуальной гигиены полости рта/Российский стоматологический журнал. 2014. № 2. С. 51-53.
6. Мхитарян А.К., Ивенский Н.И., Бражникова А.Н., Ивенский В.Н. Необходимость санитарно-просветительской работы среди взрослого населения с целью повышения уровня стоматологической профилактики/Современные методы диагностики, лечения, и профилактики стоматологических

заболеваний. К 25-летию общественной организации «Стоматологическая Ассоциация Ставропольского края». 2018. С. 192-193.

**СЕКЦИЯ №38
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА**

**СЕКЦИЯ №39
ТОКСИКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №40
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

**СЕКЦИЯ №41
ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ**

**СЕКЦИЯ №42
УРОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №43
ФТИЗИАТРИЯ**

**СЛУЧАЙ ЗАТРУДНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ
ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИИ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ, С РАКОМ ЛЕГКОГО.**

Шилов В.Н., Зур И.М.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. Разумовского В.И. Минздрава России, ГУЗ Саратовский областной
клинический противотуберкулезный диспансер, г. Саратов

Приказом Министерства здравоохранения №127 в Приложении 7 , определяющим группы диспансерного учета противотуберкулезных учреждений, в I группу диспансерного учета включаются в том числе лица, у которых не обнаружены микобактерии туберкулеза, а диагноз туберкулеза установлен на основании клинико-рентгенологических методов обследования [1]. Постановка диагноза туберкулеза с использованием этих критериев на практике вызывает определенные трудности.

Пациент В попал в поле зрения амбулаторного звена медицинской службы после прохождения плановой флюорографии 28.03.20 года. Предыдущее флюорообследование состоялось 29.06.2010 года с результатом – норма. При выявлении пациент отмечал у себя редкий кашель со скудной слизистой мокротой, першение в горле, слабость, одышку при быстрой ходьбе.

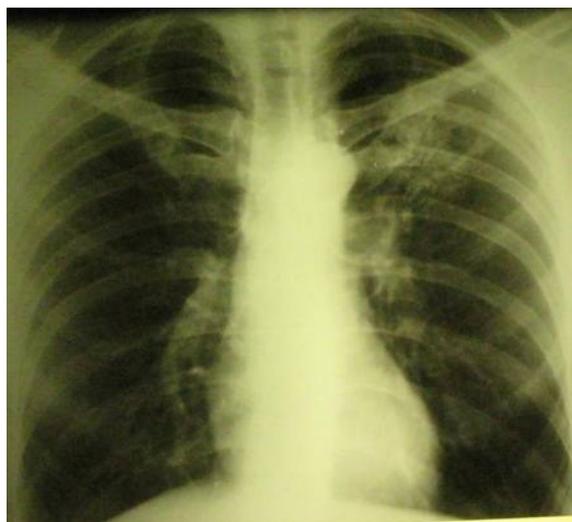


Рис.1. Обзорный снимок грудной клетки в начальном этапе обследования. Затемнение верхней доли левого легкого. Фокус затемнения с размерами до 57 мм.

У больного было заподозрено проявление COVID-19. Предположение не получило подтверждения лабораторными методами исследования на COVID-19 – они оказались отрицательными.

Кроме того, при дальнейшем обследовании выполнено рентгенологическое исследование (Рис.1), и сделаны анализы – общий анализ крови, общий анализ мочи, поставлен «Диаскин» тест, проведен бактериоскопический анализ мокроты на наличие микобактерии туберкулеза.

Микобактерии туберкулеза в мокроте не обнаружено. Обследование больного показало, что он страдает бронхитом курильщика, который обостряется у него 2 раза в год. При осмотре выявлена резистентная грудная клетка, выраженные надключичные ямки, легочный звук с коробочным оттенком, частота дыхательных движений 18 в минуту. На основании оценки функции внешнего дыхания определено резко снижение показателей бронхиальной проходимости и значительные изменения показателей, отвечающих за рестриктивные изменения. Рентгенологическая картина характеризовалась тем, что в верхней доле левого легкого в S1, 2 и 3 ах-сегмента определяется отграниченный от окружающей паренхимы участок измененного междолькового и внутридолькового интерстиция с утолщением междольковых перегородок, формированием интерстициального фиброза. Участок неправильной формы занимающий площадь 70x34,5x35 мм. В субплевральных отделах S3 имеется несколько парасептальных булл, размерами 13x7мм, 13x8мм.

Результаты обследования были отнесены к проявлениям ХОБЛ II степени. Пациенту была назначена и проведена неспецифическая антибактериальная и противовоспалительная терапия в амбулаторных условиях.

При рентгеноконтроле была выявлена отрицательная динамика в виде увеличения затемнения на 8 мм (Рис.2). На этом основании пациент был направлен для консультации к онкологу. В онкодиспансере был проведен онкопоиск в виде фибробронхоскопии, ультразвукового исследования органов брюшной полости и ультразвукового исследования лимфатических узлов. В результате - онкологической патологии не выявлено..

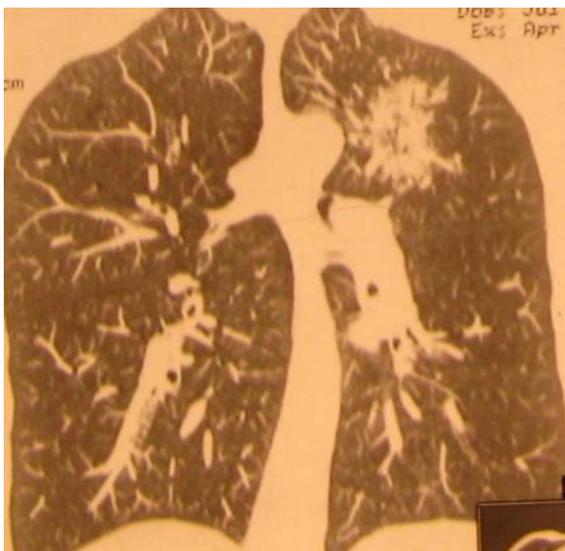


Рис. 2. Рентгено-томографический снимок после антибактериальной и противовоспалительной терапии. Затемнение в верхней доле увеличилось до 67 мм.

После проведенного обследования пациент уклонился от дальнейшего наблюдения. Больной вновь обратился за медицинской помощью через десять месяцев. При этом пациент В. обратился с жалобами на боли в области шейно-грудного отдела позвоночника. При выполнении компьютерного исследования были определены изменения в верхней легочной доле слева с расширением зоны патологических изменений, появлением новых участков в апикальных отделах размерами до 18,5x9,2 мм с перифокальным уплотнением по типу «матового стекла». В легких отмечены множественные участки центролобулярной эмфиземы. Вместе с тем, исследования мокроты с помощью ВАСТЕС от 09.02.21 г. дали положительный результат МБТ +1.

Пациент привлечен к противотуберкулезному лечению в условиях стационара с диагнозом:
Основной – Инфильтративный туберкулез S1-2 левого легкого МБТ (+) 1ГДН МБТ(+)
Сопутствующий – ХОБЛ II вне обострения. Дорсопатия на уровне шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, рецидивирующее течение, фаза неполной ремиссии
Осложнение – Дыхательная недостаточность II степени.

Таким образом, от флюорографического обследования пациента и выявления изменений в легких (28.03.20 г.) до госпитализации в туберкулезный диспансер (02.03.21 г.) прошел год. Обращают на себя внимание факторы, которые способствовали отсрочке постановки диагноза туберкулеза и начала лечения.

1. В начале выявления признаков поражения дыхательной системы при выполнении флюорографии и предъявлении жалоб были проведены тесты на обнаружение вируса COVID-19, что является обязательным условием в настоящий период при выявлении патологических изменений со стороны дыхательной функции. Период занял 3 дня.
2. Следующий этап диагностики и амбулаторного лечения был связан с изменениями дыхательной системы, расцененные как проявления ХОБЛ. В этот период не были найдены микобактерии туберкулеза. Назначена противовоспалительная неспецифическая терапия. Период занял 1 месяц.
3. Увеличение изменений в легких после неспецифической терапии. Этап диагностических мероприятий по онкопатологии. Период занял 10 дней.
4. Десять месяцев пациент не наблюдается. Обращается за помощью в феврале 2021 года с жалобами на боли в области позвоночника. Проводится дообследование: выявляются микобактерии в мокроте, регистрируется

рентгенологически увеличение площади поражения легочной ткани. Ставится диагноз туберкулеза S1-2 левого легкого.

Анализ диагностического маршрута показывает, что основной период задержки постановки диагноза туберкулеза связан с уклонением пациента от медицинского мониторинга в период после завершения онкопоиска. Нарастающие изменения в S1, 2 воспалительного характера, в виде утолщения междолькового и внутридолькового интерстиция, проявившиеся во время противовоспалительной неспецифической терапии, отрицательные результаты онкопоиска позволяли на данный момент - апрель 2020 года, позволяли определить заболевание туберкулезом и отнести пациента В. к I группе диспансерного учета. [1].

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. N 127н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признанными утратившими силу пунктов 16 - 17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 932н".

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



Проблемы медицины в современных условиях

Выпуск IX

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

г. Казань

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 11.06.2022.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 1,63
Тираж 250 экз. Заказ № 060.

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